

常務理事	事務長	係

**健康保険被保険者証 滅失・き損 届 ・ 再交付申請書**

被保険者証 の記号・番号	記号		被保険者 氏 名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	番号				
所属会社 (事業所)	会社名				
	所属	TEL ( )			
申請事由	<input type="checkbox"/> き 損(再交付希望) <input type="checkbox"/> 滅 失(再交付希望) <input type="checkbox"/> 滅 失(再交付希望せず)	申請事由の 発生日	年	月	日
申請の対象となる者	氏 名				被保険者 との続柄
被保険者証を滅失・き損した ときの状況(詳しく記入)					
	遺失物届出日 年 月 日	届出場所 警察署・交番	届出番号		
<p>上記のとおり申請いたします。          今後は十分取扱いに注意いたします。          なお、滅失による被保険者証を発見したときは、直ちに返納いたします。</p> <p align="right">年 月 日</p> <p>被保険者 住所 _____ 都道府県 _____ TEL ( ) _____</p> <p align="right">氏名 _____</p> <p>日本ヒューレット・パッカド健康保険組合理事長 殿</p>					
事業主の証明	<p>被保険者 _____ は、被保険者証を滅失・き損したことを届出いたします。          今後このようなことのないよう取扱いについて十分指導いたします。</p> <p align="right">年 月 日</p> <p align="center">所在地 _____</p> <p align="center">事業所 名 称 _____</p> <p align="center">事業主氏名 _____</p>				

※き損の場合は、き損となった被保険者証(本人分・家族分)を添付してください。