

# 記入例

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	(不明な場合 blanks 可)	被保険者 氏 名	社員の氏名	性別
	番号	(不明な場合 blanks 可)			<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
所属会社 (事業所)	会社名	所属会社名			
	所 属	部署名	TEL	( )	
申請事由	<input type="checkbox"/> き 損(再交付希望) <input checked="" 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 発生年月日	滅失の場合記入 (紛失に気付いた日)	
申請の対象となる者	氏 名			被保険者 との続柄	
	保険証を紛失された対象者の氏名			次男・本人など	
被保険者証を滅失・き損し たときの状況(詳しく記入)	紛失に気付いた時期、状況など記入ください。				
	※盗難の可能性のある場合は、不正使用を防止するために別途警察へ届け出ることをお勧め致します。				
	遺失物届出日	年	月	日	届出場所 警察署・交番
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。					
被保険者 住所			都道 府県	住所	記入日
			TEL	( )	年 月 日
			氏名	社員の氏名	
日本ヒューレット・パカード健康保険組合理事長 殿					
事業主の証明	被保険者 今後  事業主				
<div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 20px; border-radius: 15px; display: inline-block;"> <h1>記入不要</h1> </div>					

※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。