記入例

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証 資格確認書 紛失 き損 届 ・ 再交付申請書

被保険者証 記号・番号	記号	（不明な場合ブランク可）	被保険者 氏　名	社員の氏名
	番号	（不明な場合ブランク可）		
所属会社（事業所）	会社名	所属会社名 （任意継続の場合ブランク）		
	社員番号	社員番号		
申請事由	■ 紛失（再交付希望） □ き損（再交付希望） □ 紛失（再交付希望せず）		申請事由の発生年月日（紛失した日等）	○ 年 ○ 月 ○ 日

申請の対象となる者	氏　名	被保険者との続柄
	紛失等された対象者の氏名	本人

すでに有効なマイナ保険証を」保有している場合には、再交付希望せずにチェックをしてください。

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。		
	※盗難の可能性がある場合は、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	届出番号

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、紛失による被保険者証/資格確認書を発見したときは、直ちに返納 いたします。

〒　　ー　　年　　月　　日

被保険者 住所 ＿＿＿＿ 都道府県 住所

TEL　　（　　）

氏名 社員氏名

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合　理事長　殿

事業主の証明	被 滅 今 事 事業主氏名

記入不要

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