

|       |      |      |      |   |
|-------|------|------|------|---|
| 資格取得日 | 再交付日 | 常務理事 | 事務局長 | 係 |
|       |      |      |      |   |

百十四銀行健康保険組合理事長 殿

被保険者証(滅失・毀損)再交付申請書

滅失届 (再交付不要：資格喪失時に、被保険者証の紛失等で返納できない場合 )

令和 年 月 日

|                                 |
|---------------------------------|
| 被保険者証<br>記号： _____<br>番号： _____ |
|---------------------------------|

住 所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

以下のとおり、被保険者証を ( 滅失 毀損 盗難 その他 )  
 しましたのでお届けします。 その他の内容→ ( \_\_\_\_\_ )  
 また、今後その扱いには十分に注意いたしますので、再交付をお願いいたします。  
 なお、被保険者証を発見いたしました場合は直ちに返納いたします。

●再交付する証、または滅失した証 (該当する方に印を付け、生年月日等を記入して下さい)

|                               | 氏 名 | 生年月日        | 続柄 |
|-------------------------------|-----|-------------|----|
| <input type="checkbox"/> 被保険者 | —   | 昭・平・令 年 月 日 | —  |
| <input type="checkbox"/> 被扶養者 |     | 昭・平・令 年 月 日 |    |
|                               |     | 昭・平・令 年 月 日 |    |

●届出の事由等 (事由を具体的に記入し、該当分に印を付けて下さい)

具体的な事由 { \_\_\_\_\_ }

滅失、盗難の場合：自宅での紛失が明白な場合以外は、警察に届け出て下さい。

警察への届： 無 ・ 有 → 内容 ( \_\_\_\_\_ )

毀損の場合：毀損した被保険者証を添付して下さい。

| < 組合処理欄：記入不要 > |            |    |
|----------------|------------|----|
| 確認             | 毀損の証回収・廃棄日 | 確認 |
|                |            |    |

上記のとおり被保険者からの届出に相違ありません。

事業所の名称 株式会社百十四銀行 部室 \_\_\_\_\_  
支店 \_\_\_\_\_

所 属 長 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(注1)「滅失届」に印がある場合は、再交付文言にかかわらず、被保険者証は再交付しません。

(注2) 被保険者証の記号・番号に代えて、マイナンバーを備考欄に記載できます。  
 その場合、個人番号等の書類の添付を要する為、当組合に事前連絡して下さい。

備考欄： \_\_\_\_\_