

健康保険

- ・ 被保険者証
- ・ 限度額適用認定証
- ・ 高齢受給者証
- ・ その他 ()

滅失届

※該当の□にチェック (☑) を記入、太枠内に記入し、事業所 (総務・人事) 経由で提出してください。

①被保険者証 記号一番号	—	②被保険者証の 滅失の原因	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他 ()
③被保険者氏名	(フリガナ)	④被保険者の生年月日	
		昭和 平成	年 月 日
⑥滅失した方の 氏 名	(フリガナ)	⑦滅失した方の生年月日	
		昭和 平成	年 月 日
⑨被保険者の 住 所	〒 _____ 電話番号 自宅 (_____) 携帯 (_____)		
⑩滅失した方の 住 所	〒 _____ 電話番号 自宅 (_____) 携帯 (_____)		
⑪滅失したとき の 状 況	※滅失したと思われる状況と滅失したことを気付くまでの状況を、具体的に記入して下さい。		
⑫添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 被害 (盗難) 届出証明書のコピー : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>※届出証明書が発給されない場合はご記入下さい。</small> ①警察署名 : _____ ②受付日 : _____ 年 月 日 ③届出受理番号 : _____ ④届出警察署電話番号 : _____ _____ ⑤受付担当者名 : _____		
	<input type="checkbox"/> 役所が交付する「り災証明書」等のコピー : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 【注】盗難・火災・天災等による場合を除き、再交付料 (1枚2,000円) が必要です。		
⑬「紛失」「き損」 の場合は 再交付料 が必要です。	再交付料を下記口座へ納付して下さい。 みずほ銀行・東京営業部 (普) 4009595 日本旅行健康保険組合 Tel: 03-6895-8391 (一枚2,000円) 【注】再交付料の納付が健保組合で確認され次第、再交付いたします。		
⑭事業所所在地 事業所名称 事業主名	※任継の方は直接、健保組合へご提出ください。 〒 _____ 電話 : _____		[健保組合 記入欄] (発券通番) _____ _____

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	業務係長	係員

受付日付印

記入例

該当する保険証の種類にチェック (☑) を記入してください。

②該当する滅失原因にチェック (☑) を記入してください。

日本旅行健康保険組合 御中

健康保険

- 被保険者証
- 限度額適用認定証
- 高齢受給者証
- その他 ()

※該当の口にチェック (☑) を記入、太枠内に記入し、事業所 (総務・人事) へ提出してください。

①被保険者証 記号一番号	999 - 9999999	②被保険者証の 滅失の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他 ()
③被保険者氏名	(フリガナ) ニテリョ タロウ 日旅 太郎	④被保険者の生年月日	昭和 平成 99年 99月 99日 <input checked="" type="checkbox"/>
⑤滅失した方の 氏名	(フリガナ) ニテリョ ジロウ 日旅 次郎	⑦滅失した方の生年月日	昭和 平成 99年 99月 99日
⑧被保険者の 住所	〒999-9999 東京都港区新橋2-20-15 新橋駅前ビル1001 電話番号 自宅 (9999 - 99 - 9999)	⑨続柄	二男
⑩滅失した方の 住所	〒 同上 電話番号 自宅 () 携帯 ()	⑩被保険者と同じ住所 (同居) ならば「同上」と記入してください。	
⑪滅失したとき の状況	⑪滅失したと思われる状況と滅失したことを気付くまでの状況を、具体的に先月、病院で精算を終え、財布に入れたつもりでしたが、帰宅した付きました。当日に警察へ「遺失届」を出しました。		
⑫添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 被害届または遺失届のコピー : <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※コピーのない場合はご記入下さい。 ①警察署名 : _____ ②受付日 : _____年 月 日 ③届出警察署電話番号 : _____ ④受付担当者名 : _____ <input type="checkbox"/> 役所が交付する「り災証明」等のコピー : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 () 【注】上記、添付書類がない場合は、全て再交付料が必要です。		
⑬「紛失」「き損」 の場合は 再交付料 が必要です。	再交付料を下記口座へ納付して下さい。 みずほ銀行・東京営業部 (普) 4009595 日本旅行健康保険組合 Tel: 03-6895-8391 (一枚2,000円) 【注】再交付料の納付が健保組合で確認され次第、再交付いたします。		
⑭事業所所在地 事業所名称 事業主名	※任継の方は直接、健保組合へご提出ください。 〒 _____ 事業所名称 _____ 事業主名 _____ 電話 : _____		

⑫届出のコピーの添付の有無を記入してください。証明書が発給されない場合は内容を記入してください。

⑬添付書類等が整っていても再交付料の納付が健保組合で確認できない場合は交付しませんので、注意してください。

⑭当滅失届と必要書類及び再交付を申請書する場合は再交付申請書に添付し、事業所 (総務・人事) 経由で健保組合へ提出してください。
※任継の方は直接、健保組合へ提出してください。

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	業務係長	係員

受付日付印