

記入見本

常務理事	事務長		担当

健康保険被保険者証〔再交付申請書・滅失届〕

アコム健康保険組合理事長 殿

アコム印可

平成 年 月 日

被 保 険 者	記号	番号	氏名	生年	月	日	性別
	XX	9999	健康 太郎	XX	7	7	1.男 2.女
住所			電話番号				
(〒123-4567) 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3			XXX-XXX-XXXX				
再 交 付 ま た は 滅 失 を 選 択	<p>この度、下記理由により被保険者証を</p> <p><input type="checkbox"/> 再交付していただきたく申請いたします。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 滅失しましたのでお届けします。</p> <p>（いずれかに○）</p> <p>なお、滅失しました被保険者証については、万一事故が起こった場合は私が全責任を負いますとともに、被保険者証を発見したときは遅滞なく返却いたします。</p>						
対象証	<input type="checkbox"/> 本人証（被保険者） <input checked="" type="checkbox"/> 家族証 被扶養者氏名： 健康 花子						
理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損（汚損） <input type="checkbox"/> 盗難 <input checked="" type="checkbox"/> その他		〔発生時の状況〕 引越時に書籍とともに焼却したと思われ、返却できません。また就職したため、被保険者証の再交付は必要ありません。				
事由発生日	平成 29 年 3 月 6 日		※申請理由がき損（汚損）の場合、必ず対象の被保険者証を添付してください。				
紛失・盗難の場合 届出をした 警察署・派出所	届出区分	<input type="checkbox"/> 遺失物届（紛失） <input type="checkbox"/> 被害届（盗難）		名称	警察署 派出所		
届出区分に○をして、 全ての欄を記載	届出日時	平成 年 月 日 時頃	受付番号	号			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

備考欄	
-----	--

（アコム社員の方へ） マイナンバーは絶対に記載しないでください。 被保険者の記号番号がわからない場合はお問い合わせください。	健康保険組合受付印
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	印
電話	