常務理事	事務長		担当

被保険者証・資格確認書 高齢受給者証 滅失・破損 再交付 申請書

被保険者が記入するところ

被保険者等の記号番号	記号 / 番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年 月 日	平成 令和	年	月	日
社員番号											
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	被保険者住所	〒 電話 ( )								
所属会社名 部署名											
提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅 失 (紛失 ・ 盗難 ・ 不明) 2. 破 損 (印字のかすれを含む) 3. その他 ( )										
再交付を (該当するものに○を)	1. 希望する 2. 希望しない										
該 当 者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分										
該当者が被扶養者の場合記入	① ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	② ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	③ ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
滅失の場合はその場所	1. 自 宅 2. 自 宅 以 外( )→警察への届出必須										
警察への届出状況	有 ・ 無	届出先	警察署	届出日	令 和 年 月 日	No					
滅失又は破損したときのその状況	※できるだけ具体的にご記入ください										

◎被保険者証・資格確認書の破損のための再交付申請であるときは、破損した被保険者証・資格確認書を、この申請書に添付してください。

被保険者証・資格確認書・高齢受給者証滅失届 （滅失の場合のみ記入）

上記の申請書に記載したとおり、被保険者証・資格確認書・高齢受給者証を滅失しました。
今後は取扱いに十分注意します。なお、被保険者証・資格確認書・高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。
滅失した資格確認書等によって保険給付等に事故が発生した場合は一切の責任を負います。

令和 年 月 日 被保険者氏名

備考	個人番号 （被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード（両面）の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

令和 年 月 日提出

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話

受付日付印

社会保険労務士の提出代行

ツルハホールディングス健康保険組合