

Loss: when applying for a new certificate of coverage due to loss of the original  
 Damage: when applying for a new certificate of coverage due to damage to the original (Be sure to attach the damaged certificate.)  
 Notice of loss: If you are unable to return the certificate of coverage upon termination of eligibility because it has been lost

〈Example〉  
 《記入例》

Application for Reissue of Health Insurance Card/  
 Notice of Health Insurance Card Loss  
 健康保険高齢受給者証

滅失  
Loss  
き損  
Damage  
滅失届  
Notice of loss

再交付申請書

\* If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

Approval seal  
(mechanical seals are not acceptable)

Health insurance card symbol/ number

※被保険者本人が記入した場合本人の押印は不要です

|  |              |  |   |  |                                  |
|--|--------------|--|---|--|----------------------------------|
| 記号<br>999  | 番号<br>999999 | 被保険者氏名<br>Name<br>健保 太郎  | 印<br>健保                                       | 被保険者の生年月日<br>Meiji/Taisho/Showa/Heisei<br>50年7月12日 | 性別<br>Sex:<br>男・女<br>male/female |
| 再交付を希望するまたは滅失した証<br>(該当する方を○で囲んでください)<br>Certificate for which reissue is requested or that has been lost (circle applicable item)                         |              | <input checked="" type="radio"/> 被保険者分<br>Insured's card<br><input type="radio"/> 被扶養者分 → 該当者について下記を記入<br>Dependent's card Enter the following information |   |  |                                  |
| 該当するものが被扶養者の場合に記入<br>(続柄は詳しく記入してください)<br>Enter if the individual covered is a dependent (indicate the relationship in detail)                              |              | 被扶養者氏名<br>Name of the dependent<br>健保 一郎   | 生年月日<br>Meiji/Taisho/Showa/Heisei<br>9年10月12日 | 続柄<br>Relationship<br>父                            | 性別<br>Sex:<br>男・女<br>male/female |
|  |              | 被扶養者氏名<br>Meiji/Taisho/Showa/Heisei  | 生年月日<br>Birth Date (Y/M/D)                    | 続柄<br>Relationship                                 | 性別<br>Sex:<br>男・女                |
|  |              | 被扶養者氏名<br>Meiji/Taisho/Showa/Heisei  | 生年月日<br>Birth Date (Y/M/D)                    | 続柄<br>Relationship                                 | 性別<br>Sex:<br>男・女                |
| 再交付を希望する、または滅失した理由<br>(滅失した場所やき損させた理由などを出来るだけ詳しく記入してください)<br>Reason for requesting reissue or reason for loss (Please provide as much detail as possible.) |              | 2/24買い物中に後ろからバッグをひったくられた。<br>中に高齢受給者証も入っていたため同時に紛失<br>△△警察署に届出済み   |   |  |                                  |

【個人情報に関して】

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。  
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関もしくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒141-0001東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL : 03-5795-6111 FAX : 03-5795-6107  
 受付時間/9 : 00~17 : 30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

受付印