

健康保険被保険者証

滅失  再交付申請書  
 き損   
 滅失届

常務理事	事務長	係	係

被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		印	被保険者の生年月日		性別
記号	番号				明 昭 大 平	年 月 日	男 女
会社名		所 属(出向先)			連絡先		
被保険者証に記載されている事業所名称を記入		社内送達便で書類が届くよう、建物、営業所、部課名等を記入 (郵送のみの場合、郵便番号、住所、会社名、部署名等を記入)			申請内容の確認や、書類不備などは 健保から直接ご連絡致します。日中、 連絡の取れる電話番号(複数可)		
再交付を希望するまたは滅失した証 (該当する方を <input type="checkbox"/> で囲んでください)				・被保険者分 ・被扶養者分      該当者について下記を記入			
該当するものが被扶養者の場合に記入 (続柄は詳しく記入してください)				被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	性別
					明・大・昭・平 年 月 日		男・女
					明・大・昭・平 年 月 日		男・女
					明・大・昭・平 年 月 日		男・女
					明・大・昭・平 年 月 日		男・女
再交付を希望するまたは滅失した理由 (滅失した場所やき損させた理由などを できるだけ詳しく記入してください)							

滅失した場合は、下記もご記入ください。

<念書>  
 上記の届出書に記載した通り、被保険者証を滅失したことに相違ありません。  
 この被保険者証について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償致しますとともに、  
 今後その扱いについては充分注意致しますので、再交付をお願い致します。  
 なお、滅失した被保険者証を発見致しました場合はただちに返納致します。

平成 年 月 日      被保険者氏名      印

被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。

【個人情報保護に関して】

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。

- 1.法令に基づく場合
- 2.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
- 3.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
- 4.国の機関若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)

事業主の証明	上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付または 滅失の申請がありましたので提出致します。 同時に、届出のとおり健康保険被保険者証を滅失またはき損した ことに相違ないことを証明致します。 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失またはき損することの ないよう、充分指導致します。
	所在地 名称 事業主名 電話

事業主

受付印