

# Notice of Loss and Application for Reissue of Health Insurance Card

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〉

健康保険被保険者証

再交付申請書  
 減失  
 Loss  
 損害  
 Damage  
 減失届  
 Notice of loss

- Approval seal (mechanical seals are not acceptable)  
 - If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

※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		被保険者の生年月日		性別
記号	番号	Name 健保 太郎		明(昭) 大平	Birth Date (Y/M/D) 50年7月12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 Business Entity 〇〇××(株)		※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) Destination section/division 本社研修会館2F 品川営業所 〇〇××(株) 業務室 適用GP		※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) 090-1111-1111 (携帯) 03-9999-9999 (会社)		
再交付を希望するまたは減失した証(該当する方を○で囲んでください)		被保険者分 Insured's card 被扶養者分 → 該当者について下記を記入 Enter the following information				
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) Enter if the individual covered is a dependent (indicate the relationship in detail)		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	性別	
		健保 花子	50年9月23日	妻	男(女)	
		健保 健	11年10月16日	長男	男(女)	
		Name of the dependent	Meiji/Taisho/Showa/Heisei 日	Relationship	男(女)	
再交付を希望するまたは減失した理由(減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)		2/24 買い物中 後ろからバッグをひったくられた。中に妻と子供の保険証が入っていた為、同時に紛失。△△警察署に届出済み。				

※減失した場合は、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、被保険者証を減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、減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 17年 2月 26日 被保険者氏名 健保 太郎

※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減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減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減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

受付印

事業主

Health insurance card symbol/ number

Certificate for which reissue is requested or that has been lost (circle applicable item)

Reason for requesting reissue or reason for loss (Please provide as much detail as possible.)

Sex: male/female

Meiji/Taisho/Showa/Heisei

Daytime telephone number

Sex: male/female

# Notice of Loss and Application for Reissue of Health Insurance Card

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>

健康保険被保険者証

再交付申請書

滅失  
Loss  
き損  
Damage  
滅失届  
Notice of loss

Health insurance card symbol/ number

- Approval seal (mechanical seals are not acceptable)  
 - If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

※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		被保険者の生年月日		性別
記号	番号	Name		明(昭)	Birth Date (Y/M/D)	(男)
999	999999	健保 太郎		大平	50年7月12日	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 Business Entity 〇〇××(株)		※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) Destination section/division 本社研修会館2F 品川営業所 〇〇××(株) 業務室 適用GP		※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) 090-1111-1111 (携帯) 03-9999-9999 (会社)		
再交付を希望するまたは滅失した証(該当する方を○で囲んでください)		被保険者分 Insured's card 被扶養者分 → 該当者について下記を記入 Enter the following information				
該当するものが被扶養者の場合に記入(続柄を詳しく記入してください) Enter if the individual covered is a dependent (indicate the relationship in detail)		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	性別	
		健保 花子	50年9月23日	妻	男・女	
		健保 健	11年10月16日	長男	男・女	
		Name of the dependent	Meiji/Taisho/Showa/Heisei 日	Relationship	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)		旅行中ポケットに入れていたが、混雑した場所で押されて気がついたら割れてしまっていた。				

Certificate for which reissue is requested or that has been lost (circle applicable item)

Sex: male/female

Meiji/Taisho/Showa/Heisei

Daytime telephone number

Sex: male/female

Reason for requesting reissue or reason for loss (Please provide as much detail as possible.)

※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

受付印

事業主