

常務理事	事務長	係	係

健康保険被保険者証 減失 き損 再交付申請書

【必須添付書類】

被保険者の本人確認のため、以下①②のいずれか1点を添付してください。

①被保険者本人の「運転免許証」もしくは「パスポート」の顔写真がある面またはページのコピー

②①のうち、どちらも持っていない場合は、被保険者本人の「住民票」（発行日が6ヶ月以内のもの、コピー不可）

※対象者が家族の場合でも、必ず被保険者本人の証明書コピーを添付してください。添付が無い場合は、手続きができません。

【注意事項】

- 上記タイトル欄は、「減失」（紛失・盗難などによる再交付）または「き損」（破損や印字消失による再交付）のうち、いずれかの 欄へレ点を入れてください。（き損による申請の場合、現在使用中の被保険者証を必ず添付してください）
- 自宅以外で紛失された場合は、必ず警察へ届け出てください。
- 念書の内容を確認の上、 欄へレ点を入れてください。
- 記入例を参照の上、記入漏れの無いよう楷書で枠内に丁寧に記入してください。

被保険者証記号・番号		被保険者氏名		被保険者生年月日	
記号	番号			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
					年 月 日
被保険者の会社名・所属部署 ※建物、階層、営業所、部、課名など ★任継・特退被保険者は現住所を記入してください				確認欄	
				<input type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成した申請書である	
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に、利用します。					
(電話番号)			(メールアドレス)		
再交付または減失対象者 (続柄は詳しく記入してください)	氏名		生年月日		続柄
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
				年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
			年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
			年 月 日		
再交付理由 (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)					

※減失した場合は、下記も記入してください。

＜念書＞

上記のとおり、被保険者証を減失したことに相違ありません。
 なお、今後は十分取り扱いに注意し、減失した被保険者証を発見いたしました場合は、直ちに返納いたします。

令和 年 月 日 念書の内容に同意いたします。

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

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・減失の申請がありましたので届出いたします。
	所在地 名称 事業主名 電話

 受付印

常務理事	事務長	係	係

健康保険被保険者証 減失 き損 再交付申請書

【必須添付書類】

被保険者の本人確認のため、以下①②のいずれか1点を添付してください。

①被保険者本人の「運転免許証」もしくは「パスポート」の顔写真がある面またはページのコピー

②①のうち、どちらも持っていない場合は、被保険者本人の「住民票」（発行日が6ヶ月以内のもの、コピー不可）

※対象者が家族の場合でも、必ず被保険者本人の証明書コピーを添付してください。添付が無い場合は、手続きができません。

【注意事項】

- 上記タイトル欄は、「減失」（紛失・盗難などによる再交付）または「き損」（破損や印字消失による再交付）のうち、いずれかの□欄へレ点を入れてください。（き損による申請の場合、現在使用中の被保険者証を必ず添付してください）
- 自宅以外で紛失された場合は、必ず警察へ届け出てください。
- 念書の内容を確認の上、□欄へレ点を入れてください。
- 記入例を参照の上、記入漏れの無いよう楷書で枠内に丁寧に記入してください。

被保険者が作成し、必ず✓を記入してください。
記入がない場合は再交付できません。

被保険者証記号・番号		被保険者氏名		被保険者生年月日	
記号	番号	健保 康夫		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
999	99999			50	1 月 1 日
被保険者の会社名・所属部署 ※建物、階層、営業所、部、課名など ★任継・特退被保険者は現住所を記入してください				確認欄	
▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課				<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成した申請書である	
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に、利用します。					
(電話番号)			(メールアドレス)		
999-9999-9999			yasuo.kenpo@○○.com		
再交付または減失対象者 (続柄は詳しく記入してください)	氏名		生年月日		続柄
	健保 康夫		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50 年 1 月 1 日		本人
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
再交付理由 (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)		旅行中にお財布ごと紛失し、同時に保険証を減失してしまいました。 警察署には、すでに届出しています。			

必ず念書もご記入ください。

※減失した場合は、下記も記入してください。

〈念書〉

上記のとおり、被保険者証を減失したことに相違ありません。

なお、今後は十分取り扱いに注意し、減失した被保険者証を発見いたしました場合は、直ちに返納いたします。

令和 4 年 4 月 10 日

念書の内容に同意いたします。

※ご注意ください！！

紛失や盗難にあった保険証が悪用されるケースが増えています。
 保険証は身分証明としての効力もありますので、必ず警察署へ届け出てください。
 また、紛失後は「なりすまし受診」の被害に遭うことも考えられますので、医療費のお知らせで保険証の使用状況をチェックすることをおすすめいたします。
 また、覚えのないカード請求や借入通知などにも十分注意が必要です。
 被害に遭ったと思われる場合は、すぐに警察署へご相談ください。

事業主の証明

事業主名
電 話

常務理事	事務長	係	係

健康保険被保険者証 減失 き損 再交付申請書

【必須添付書類】

被保険者の本人確認のため、以下①②のいずれか1点を添付してください。

①被保険者本人の「運転免許証」もしくは「パスポート」の顔写真がある面またはページのコピー

②①のうち、どちらも持っていない場合は、被保険者本人の「住民票」（発行日が6ヶ月以内のもの、コピー不可）

※対象者が家族の場合でも、必ず被保険者本人の証明書コピーを添付してください。添付が無い場合は、手続きができません。

【注意事項】

- 上記タイトル欄は、「減失」（紛失・盗難などによる再交付）または「き損」（破損や印字消失による再交付）のうち、いずれかの□欄へレ点を入れてください。（き損による申請の場合、現在使用中の被保険者証を必ず添付してください）
- 自宅以外で紛失された場合は、必ず警察へ届け出てください。
- 念書の内容を確認の上、□欄へレ点を入れてください。
- 記入例を参照の上、記入漏れの無いよう楷書で枠内に丁寧に記入してください

被保険者が作成し、必ず✓を記入してください。記入がない場合は再交付できません。

被保険者証記号・番号		被保険者氏名		被保険者生年月日	
記号	番号	健保 康夫		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
999	99999			50	1 月 1 日
被保険者の会社名・所属部署 ※建物、階層、営業所、部、課名など ★任継・特退被保険者は現住所を記入してください				確認欄	
▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課				<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成した申請書である	
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に、利用します。					
(電話番号)			(メールアドレス)		
999-9999-9999			yasuo.kenpo@○○.com		
再交付または減失対象者 (続柄は詳しく記入してください)	氏名		生年月日		続柄
	健保 康夫		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50 年 1 月 1 日		本人
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
再交付理由 (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)		保険証を常に財布に入れて携帯していたが、擦れて印字が薄くなり読み取り不能となってしまったため、再交付を希望します。			

※減失した場合は、下記も記入してください。

＜念書＞

上記のとおり、被保険者証を減失したことに相違ありません。
 なお、今後は十分取り扱いに注意し、減失した被保険者証を発見いたしました場合は、直ちに返納いたします。

令和 年 月 日 念書の内容に同意いたします。

※個人情報の

※ご注意ください！！

き損による再交付の希望の場合は、本人確認書類の他に、必ず現在使用中の保険証を添付した上で提出してください。添付が無い場合は、再交付ができません。

事業主の証明	上記の申請
	所在地 名称 事業主名 電話