

常務理事	事務長	係	係

健康保険高齢受給者証 **滅失** **再交付申請書**
き損 **滅失届**

※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	番号	被保険者氏名	印	被保険者の生年月日	性別
				明・大・昭・平 年 月 日	男・女
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 ・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)		被扶養者氏名	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出来るだけ詳しく記入してください)					

【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。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11F
 ソニー健康保険組合 給付担当 TEL：050-3807-5059

受 付 印