

滅失：認定証を紛失し再交付する場合
 き損：認定証を破損させるなどして再交付する場合
 （き損した認定証を必ず添付してください）
 滅失届：資格喪失時に認定証を紛失して返却できない場合

健康保険特定疾病療養受療証

**滅失
き損**

再交付申請書

滅失届

認印(シャチハタは不

※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
999	999999	健保 太郎	健保	明・大・昭・平 50年7月12日	男・女
日中連絡の取れる電話番号 ※問い合わせの際に使用します	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	99-9999-9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	090-9999-9999	
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	
	健保 花子	明・大・昭・平 50年10月12日	妻	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)	2/24買い物中に後ろからバッグをひったかれた。 中に特定疾病療養受領証も入っていたため同時に紛失 △△警察署に届出済み				
<認定証の返送先について> ①事業所在籍者の場合 ・社内送達便が届く方 ⇒ 下記、社内送達便のあて先を記入してください。 ・社内送達便が届かない方 ⇒ 事業所経由での送付になるので以下の記入は必要ありません。 ②任意継続被保険者、特例退職被保険者 自宅送付になるので下記住所、宛名を記入してください。					
認定証返送先	郵便の場合	住所 〒			
	社内送達便の場合	〇〇〇(株) ▲▲▲TEC □□□部 ××課 勤務先tel (9 - 999 - 9999)			
返送先の宛名が被保険者氏名と異なる場合はご記入ください					
委任状	_____は_____を代理人と定め、標記のとおり申請した認定証の受領方を委任します。				
	被保険者氏名	受取人氏名			
	被保険者	住所			
		氏名 (印)			

【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11階 ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059

受付印

常務理事	事務長	係	係

健康保険特定疾病療養受療証

減失
き損 再交付申請書

減失届

認印(シャチハタは不

※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
999	999999	健保 太郎	健保	明・大・昭・平 50年7月12日	男・女

日中連絡の取れる電話番号 ※問い合わせの際に使用します	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	99-9999-9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	090-9999-9999
--------------------------------	--	--------------	--	---------------

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 <input checked="" type="radio"/> 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
	健保 花子	明・大・昭・平 50年10月12日	妻	男・女
		明・大・昭・平 年 月 日		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 出来るだけ詳しく記入してください)	2/24買い物中に後ろからバッグをひったかれた。 中に特定疾病療養受領証も入っていたため同時に紛失 △△警察署に届出済み
---	--

<認定証の返送先について>

①事業所在籍者の場合

- ・社内送達便が届く方 ⇒ 下記、社内送達便のあて先を記入してください。
- ・社内送達便が届かない方 ⇒ 事業所経由での送付になるので以下の記入は必要ありません。

②任意継続被保険者、特例退職被保険者
自宅送付になるので下記住所、宛名を記入してください。

認定証 返送先	郵便の場合	住所 〒	勤務先tel (- -)
	社内送達便の場合	宛名	

記入不要

委任状	は _____ を代理人と定め、標記のとおり申請した認定証の受領方を委任します。
	被保険者氏名 受取人氏名 被保険者 住所 氏名 (印)

【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。

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11階 ソニー健康保険組合 TEL : 050-3807-5059

受付印