

証発行		請求	入金
		有・無	

常務理事	事務長	

※紛失の際の注意点
必ず警察に遺失物又は盗難としての届け出をすること。

被保険者 **健康保険被保険者証等**
被扶養者 **滅失・毀損届および再交付申請書**

被保険者の 記号・番号	記号		被保険者 氏名	
	番号			
事業所(会社)の名称				
被保険者証等を 滅失・毀損した際の状況	※滅失・毀損の状況を詳細にご記入下さい。(いつからか、どこでわからなくなったか等)			
	届出の有無	1. 遺失物届 2. 盗難届※(下記に詳細を記入してください) 3. 届出なし		
	※盗難届出日	年 月 日	届出場所 警察署・交番	受理番号
再交付を希望する者	被保険者分 ・ 被扶養者分			
再交付を希望する証	健康保険被保険者証・健康保険高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証			
再発行を希望する 被扶養者の氏名など ※再交付を希望する者が被扶養者の場合、ご記入ください。	被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
		昭平令 年 月 日		
		昭平令 年 月 日		
		昭平令 年 月 日		
<p>上記届出書に記載したとおり、被保険者証等(本人分・家族分)を滅失いたしました。今後は充分取り扱いに注意いたします。 なお、被保険者証等(本人分・家族分)を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p>コスモスイニシアグループ健康保険組合 理事長 殿</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者の住所 _____</p> <p>氏名 _____</p>				

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い目的外には使用いたしません。

事業主の証明	上記届出の事由を調査したところ、相違ないので証明します。 なお、今後は被保険者証等(本人・家族分)を滅失・毀損することのないよう、十分指導いたします。
	年 月 日
	所在地
	名称
	事業主名

社会保険労務士の 提出代行者	
-------------------	--

受付日付印