

記入見本

常務理事	事務長		担当

健康保険被保険者証 **再交付申請書**・滅失届

アコム健康保険組合理事長 殿

アコム印可

令和 年 月 日

被 保 険 者	記号	番号	氏名	健康 太郎	生年	月	日	性別
	XX	9999			XX	7	7	1.男 2.女
	住所			電話番号				
	(〒123-4567) 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3			XXX-XXX-XXXX				
再 交 付 ま た は 滅 失 を 選 択	この度、下記理由により被保険者証を <input checked="" type="checkbox"/> 再交付 していただきたく申請いたします。 ← (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 滅失 しましたのでお届けします。 ← なお、滅失しました被保険者証については、万一事故が起こった場合は私が全責任を負いますとともに、被保険者証を発見したときは遅滞なく返却いたします。							
対象証	<input checked="" type="checkbox"/> 本人証 (被保険者) [<input type="checkbox"/> 家族証 被扶養者氏名:]							
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 (汚損) <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他		[発生時の状況] 8/6の15時頃、出かけた先で保険証が入った財布を落としたと思われます。心当たりの場所を全て探し、問合せしましたが見つかりませんでした。					
事由発生日	令和 元年 5 月 1 日		※申請理由がき損 (汚損) の場合、必ず対象の被保険者証を添付してください。					
紛失・盗難の場合 届出をした 警察署・派出所	届出区分	<input checked="" type="checkbox"/> 遺失物届 (紛失) <input type="checkbox"/> 被害届 (盗難)		名称	〇〇 警察署 派出所			
[届出区分に <input checked="" type="checkbox"/> をして、 全ての欄を記載]	届出日時	令和 元年 5 月 1 日 15 時頃		受付番号	12345 号			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

備考欄	
-----	--

上 記 の 事 項 を 認 め た 上 は ご 自 記 入 を お 願 い し ま す。 な ら ば ご 印 を お 願 い し ま す。	(アコム社員の方へ) マイナンバーは絶対に記載しないでください。 被保険者の記号番号がわからない場合はお問い合わせください。	健康保険組合受付印
事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名		
電話		