

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

令和 年 月 日

被 保 険 者	記号	番号	氏名	生年	月	日	性別
				昭和 平成 令和	年	月	日 1.男 2.女
住所				電話番号			
(〒 -)				- -			
再 交 付 ま た は 滅 失 を 選 択	<p>この度、下記理由により被保険者証を</p> <p> <input type="checkbox"/> <u>再交付</u>していただきたく申請いたします。 ← <input type="checkbox"/> <u>滅失</u>しましたのでお届けします。 ← </p> <p style="text-align: right;">(いずれかに<input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p>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。</p>						
対象証	<input type="checkbox"/> 本人証 (被保険者) [<input type="checkbox"/> 家族証 被扶養者氏名 :]						
理由	<input 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]				
[該当理由に <input checked="" type="checkbox"/> をして、発生時の状況を記載]							
事由発生年月日	令和 年 月 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 type="checkbox"/> 遺失物届 (紛失) <input type="checkbox"/> 被害届 (盗難)		名称	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 年 月 日 時頃		受付番号	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	
-----	--

<p>上記届出理由を調査したところ相違ないので証明します。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p>		健康保険組合受付印
<p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話</p>	<p style="text-align: center;">⑨</p>	