

健康保険 被保険者証 滅失届および再交付願

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][]	生年月日 年 月 日	
	氏名(自署)	(フリガナ) -----			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [][][][][]
	住所	(〒 -)			都 道 府 県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

届出書に記載のとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。
 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

法政大学健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 被保険者 住所 _____

氏名(自署) _____

被保険者証を滅失・ 毀損した際の状況	届出の有無	1. 遺失物届	2. 盗難届※ (以下に詳細を記入してください)	3. 未届出
	※2. 盗難届 詳細	令和 年 月 日	盗難届出日 年 月 日	届出場所 警察署・交番
		受理番号		

再交付対象者欄	再交付を希望するまたは滅失した証	1. 被保険者(本人)分	2. 被扶養者(家族)分 以下の欄に詳細を記入してください。		
	該当の被扶養者 氏名等	被扶養者氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	生年月日 年 月 日	続柄
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	性別

添付するもの(下記のほか状況に応じて書類の提出を求め場合があります)

- 被保険者の身分が証明できるものの写し
- ※運転免許証等顔写真付きのもの。顔写真付きのものが困難な場合、住民票(個人番号の記載がないもの)など公的証明書。

被保険者のマイナンバー記載欄
 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

※マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認・本人確認書類の添付が必要となります。

(31.4)

受付日付印

上記のとおり、滅失・毀損に相違ない事を証明します。

事業主の証明

業所所在地
事業所名
事業主名
電話

ご記入いただいた個人情報は、「法政大学健康保険組合が保有する個人情報の利用目的の公表について」に記載された目的以外には使用いたしません。
 今後送付する「医療費のお知らせ」にてご自身の通院内容をご確認ください。
 不明点等がある場合は、健保までご連絡ください。

常務理事	事務長	主任	担当者	担当者