

健康保険 被保険者証・高齢受給者証 紛失届

(資格喪失をした方が、保険証を紛失した時にこちらを提出してください。)
(保険証の再交付が必要な方は、再交付申請書で申請をしてください。)

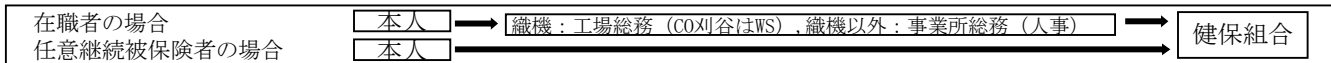
豊田自動織機健康保険組合 御中

		提出日	年	月	日					
被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号	番号	被保険者氏名						
	被保険者 住所 電話番号	〒	-	自宅TEL()	-					
			都道 府県	携帯TEL()	-					
	会社名			所属						
	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	資格喪失日	令和	年	月	日
	紛失の 理由	該当する理由に✓をお願いします <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()								
紛失した 保険証の 氏名・種類	該当者の氏名・続柄を記入し、申請する種類の欄の「本人」または「家族」に✓を入れてください。 尚、高齢受給者証を紛失した場合は、種類の欄の「高齢」の欄に✓を入れてください。		氏名	続柄	種類					
					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢					
					<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢					
					<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢					
念書	(紛失した場合は、下記に 自署(サイン) をしてください) 保険証を紛失し、再三心当たりを探しましたが、見当たらず深くお詫び申し上げます。 紛失した保険証を発見の際には、直ちに紛失した旧の保険証を返納いたします。 なお、第三者が紛失した保険証を使用した時の医療費その他の損害については、私が責任を負うことを誓約いたします。 被保険者氏名(自署(サイン)):									

事 業 主 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。	年	月	日
	所在地			
	事業所名称 代表者氏名 (織機の各工場は総務部(室)長)			

1. 注意事項

- 盗難や紛失した場合は、悪用される危険性がありますので、警察署へ届出を出してください。それが盗難・紛失の法的な証明となります。
- 被扶養者が就職などで扶養からはずれるときに保険証を紛失した場合は、こちらの紛失届を提出してください。
- 被保険者が退職したときに保険証を紛失した場合は、こちらの紛失届を提出してください。
- 記入はボールペンを使用し、書き損じた場合は、訂正個所に必ず訂正印を押してください。(修正テープ等は使用不可)
(提出ルート)



2. 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。
詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/> をご覧ください。

お問い合わせ先: 〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ TEL0566-21-7784(内線70-4611)

健 保 記 入 欄	決	事務長	GM	担当	健保受付印	総務受付印
	裁					

(R3.8.1改訂)