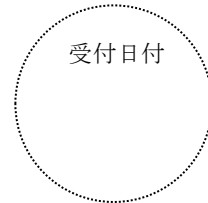


常務理事	事務長		係



健康保険被保険者証 再交付／返納不能 届

再発行交付日

(発行通番 )

届出事項 (該当事項に○を付ける)	1. 再交付申請 [滅失] 2. 再交付申請 [き損・無余白] ※再交付したい保険証を添付してください 交付対象者氏名欄まで記入、誓約書の署名捺印は不要です 3. 返納不能届 [滅失] ※保険証の交付はありません (退職時など保険証の返納が出来ないとき)					
被保険者証 の記号番号	記号	番号	被保険者の 住所			
			生年月日	昭和・平成	年	月 日
被保険者の 氏名			資格取得日	昭和・平成・令和	年	月 日
事業所名	株式会社 支店 課 TEL ( )					部
交付対象者氏名	生年月日	続柄	交付対象者氏名	生年月日	続柄	
滅失の 年月日	令和 年 月 日	滅失の 場所		滅失した 理由	1 盗難 4 紛失 2 遺失 5 その他 3 焼失 ( )	
保険証の記号・番号に代えて個人番号 (マイナンバー) により届出する場合は備考欄へ記載してください (マイナンバーを記載した場合は、個人番号を確認するための添付書類が必要です)				備考欄		
誓約書 (滅失の場合は記入必須) 上のおり被保険者証を滅失いたしました。尚発見につとめ、発見した際は直ちに返納いたします。又後日この滅失により貴組合に損害を与えたときは、一切その責任を負います。 令和 年 月 日 被保険者署名 (印)						
事業主の証明並びに連帯保証 (滅失の場合は記入必須) 被保険者 _____ が被保険者証を滅失したこと、及び受診状況が上記のおり相違ないことを証明します。又、後日に至り、この滅失により貴組合に損害を与えたときは被保険者と連帯してその責めに任じます。 令和 年 月 日 事業所名称・代表者名 (印)						

※ 一般被保険者 (社員) の方は事業主 (社長等) の承認印をもらって下さい  
 SMBC日興証券(株)の方の承認印は、第二人事課で押印となります (送付先: 第二人事課)