

※健保使用欄

|    |    |     |      |
|----|----|-----|------|
| 請求 | 入金 | 再交付 | 有効期限 |
|    |    |     |      |

|      |     |  |
|------|-----|--|
| 常務理事 | 事務長 |  |
|      |     |  |

※紛失の際の注意点  
必ず警察に遺失物又は盗難としての届け出をすること。

被保険者  
被扶養者

健康保険被保険者証等滅失・毀損届

|                          |                                                                               |                                               |            |      |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------|------|
| 被保険者の<br>記号・番号           | 記号                                                                            |                                               | 被保険者<br>氏名 |      |
|                          | 番号                                                                            |                                               |            |      |
| 事業所(会社)の名称               |                                                                               |                                               |            |      |
| 被保険者証等を<br>滅失・毀損した際の状況   | ※滅失・毀損の状況を詳細にご記入下さい。(いつからか、どこでわからなくなったか等)                                     |                                               |            |      |
|                          | 届出の有無                                                                         | 1. 遺失物届    2. 盗難届※(下記に詳細を記入してください)    3. 届出なし |            |      |
|                          | ※盗難届出日                                                                        | 届出場所                                          |            | 受理番号 |
|                          | 年      月      日                                                               | 警察署・交番                                        |            |      |
| 被保険者証等を滅失・毀損した者          | 氏名                                                                            |                                               |            |      |
| 滅失・毀損した証                 | 健康保険被保険者証・健康保険高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証                                       |                                               |            |      |
| 再交付を希望する証                | 健康保険高齢受給者証 ・ 限度額適用認定証 ・ 特定疾病療養受療証<br>※マイナ保険証を利用する場合は上記の証は不要です。必要な方のみ申請してください。 |                                               |            |      |
| コスモスイニシアグループ健康保険組合 理事長 殿 |                                                                               |                                               |            |      |
| 年      月      日          |                                                                               |                                               |            |      |
| 被保険者の住所                  |                                                                               |                                               |            |      |
| 氏名                       |                                                                               |                                               |            |      |

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い目的外には使用いたしません。

|                    |                              |
|--------------------|------------------------------|
| 事業主<br>の<br>証<br>明 | 上記届出の事由を調査したところ、相違ないので証明します。 |
|                    | 年      月      日              |
|                    | 所在地                          |
|                    | 名称<br>事業主名                   |

|                   |  |
|-------------------|--|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者 |  |
|-------------------|--|

受付日付印