

| | | | | |
|----|------|-----|----|----|
| 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 主任 | 担当 |
| | | | | |

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

健康保険 被保険者証 紛失届
〔資格喪失(退職・被扶養者削除等)時に提出〕

下記の通り、健康保険被保険者証(保険証)を紛失いたしましたので、その旨お届けいたします。

| | | | | |
|-----|----|---|---|---|
| 提出日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|----------------------------|--|---|----|----|--|--------|--|------------------------|-----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|
| 基本情報 | | | | | | | | | | 枝番(-00)記入は不要です。 | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | | | | | フリガナ | | | | |
| 記号 | | 番号 <small>(右詰め)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名(任継・特退の方は記入不要) | | | | | | | | | | 連絡先 | | | | | | | | | |
| 社名 | | | | | 所属 | | | | | 内線TEL | | | | | 日中の連絡先 電話番号 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業員番号 <small>(右詰め)</small> | | | | | | | | 事業所コード | | 事業所コードは、事業所健保担当者が記入 | | | | | | | | | |
| 退職者の場合 | | 退職年月日 | | | | 住所 | | | | | TEL | | | | | | | | |
| 平・令 | | 年 | | 月 | | 日 | | 〒 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----|--|--|--|--|
| 申請内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 紛失した(と思われる)対象者 | | | | | 被保険者(本人) 被扶養者(家族) 該当者名を下記に記入してください <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">氏名</td> <td style="width:50%;">続柄</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | 続柄 | | | | |
| 氏名 | 続柄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 紛失した理由・状況等 (詳しく記入してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 記入者が代理人の場合 | | | | | | | | | |
| ・代理記入の理由 被保険者が _____ のため、代理で記入いたしました。 記入者名: _____ (被保険者との続柄 _____) | | | | | | | | | |

- < 注意事項 >
- 当届は、退職者または被扶養者で扶養削除となる方が、紛失のため被保険者証を返却出来ない場合に提出してください。
 - 高齢受給者証も紛失された場合は「高齢受給者証紛失届」(健保指定帳票T-106)も提出してください。

< 申請書の送付先 >

| | |
|-------------------|---|
| 加入区分 | 送付先 |
| 一般被保険者 | 社会保険労務士法人なんの木事務所 [〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29] 社内郵便:本/日立MP(OC2)(人事)なんの木 |
| 任意継続被保険者、特例退職被保険者 | ルネサス健康保険組合 [〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1] |

上記の通り被保険者から届出がありましたので提出いたします。

| | | |
|--------|---------|-----------|
| 事業所所在地 | | 〱 受付日付印 〱 |
| 事業所名称 | 事業所担当者印 | 印 |
| 事業主氏名 | | |