

# 健康保険被保険者証再交付申請書 Application Form for Reissue of Health Insurance Card

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リリーダ Leader	担当者 In charge

※太線内にご記入ください。/Complete the sections in bold.

被 保 険 者  Insured person	記号/Code	番号/No.	氏名/Name	
	会社名/Company		所属/Section  (Tel.: _____ )	
再 交 付 対 象 者  Card(s) to be reissued for	氏名/Name	生年月日/Date of birth (Y/M/D)		続柄 Relationship
被保険者証を滅失または汚損したときの状況を詳細にご記入ください。 Describe circumstances of loss of or damage to health insurance card.				
上記の状況により被保険者証を滅失・汚損しましたので、再交付を申請いたします。 なお、旧被保険者証が見つかった場合は、ただちに旧被保険者証を返納いたします。 また、旧被保険者証による不正受診等が発生した場合には、貴組合の指示に従い責任をもって対処いたします。 I request to have my health insurance card reissued due to the loss/damage described above. If I recover the lost health insurance card, I will return it promptly. I will also assume responsibility as instructed by the Health Insurance Society for any fraudulent use of the lost health insurance card to obtain examinations or other services.				
提出日/Date submitted (Y/M/D): _____ / _____ / _____				

武田薬品健康保険組合/Takeda Health Insurance Society

- 注： 1. 武田薬品および任意継続の方は宛先を記入した返信用封筒を同封し、健康保険組合へ提出してください。
2. 武田薬品以外の事業所の方は、会社の健保事務担当者へ提出してください。
3. 盗難等に遭った場合はすぐに警察へ盗難届を出してください。
4. 汚損の場合は汚損した被保険者証を添付してください。

- Notes: 1. If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee or Voluntarily and Continuously Insured Person, send this form to the Health Insurance Society **with a self-addressed return envelope enclosed**.
2. If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.
3. If your card has been stolen, submit a theft report to the police immediately.
4. If damaged, attach the damaged health insurance card.

健 保 処 理 欄	For Society use	証回収(滅失)入力	
		証再発行入力	
		証発送	
		証廃棄 (シレッタ <sup>®</sup> )	