

健康保険被保険者証・資格確認書 紛失届

Notification of Health Insurance Card / Eligibility Verification Certificate Loss

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リーダー 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 :)	
紛 失 対 象 者 Holder(s) of lost card(s)	氏名/Name	生年月日/Date of birth(Y/M/D)		続柄 Relationship

下記の事由による被保険者証または資格確認書(有効期限内のもの)の返却に際し、紛失に気づきましたので紛失届を提出いたします。(該当に○印をつけてください)

I submit this loss notification because I noticed the loss of the (valid) health insurance card(s) or Eligibility Verification Certificate(s) when attempting to return it (them) for the reason indicated below. (Circle applicable reason.)

被保険者資格の喪失 Loss of eligibility as insured person	被扶養者の取消 Cancelation of dependent status	その他/Other ()
---	---	------------------

なお、紛失した被保険者証、資格確認書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 will 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。

Notes: 1. If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee or Voluntarily and Continuously Insured Person, submit this form to the Health Insurance Society.

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.

健保処理欄 For Society use	証紛失入力	