

健康保険被保険者証紛失届 Notification of Health Insurance Card Loss

**記入例
Example of completed form**

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リーダー Section Chief / Leader	担当者 In charge
記入不要 Leave blank			

不明な場合は空白にしてください
Leave blank if unsure.

※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				
	10	234567	健保 太郎/Taro Kempo				
	会社名/Company		所属/Section				
	〇〇薬品工業株式会社/ Pharmaceutical Company Limited		△△工場 製造部〇〇グループ/ Group, Manufacturing Division, Plant (Tel. : 06-6233-1234)				
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			
	健保 太郎/Taro Kempo	XXXX . 10 . 3		本人 Self			
	.	.					
	.	.					
	.	.					
<p>下記の事由による被保険者証の返却に際し、これの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)</p> <p>I submit this notice because I noticed the loss of the health insurance card(s) when attempting to return it (them) for the following reason (circle applicable reason):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; border: 1px solid red;"> 被保険者資格の喪失 Loss of eligibility as insured person </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> 被扶養者の取消 Cancellation of dependent status </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> その他/Other () </td> </tr> </table> <p>なお、紛失した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。</p> <p>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.</p>					被保険者資格の喪失 Loss of eligibility as insured person	被扶養者の取消 Cancellation of dependent status	その他/Other ()
被保険者資格の喪失 Loss of eligibility as insured person	被扶養者の取消 Cancellation of dependent status	その他/Other ()					
提出される日をご記入ください。 Enter the date the form was submitted.			提出日/Date submitted (Y/M/D): XXXX / 6 / 15				

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 For	記入不要 Leave blank
-----------	-----------------------------