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

記入例

Example of completed form

不明な場合はブランクにしてください Leave blank if unsure.

常務5 Manag Dire	ing	事務長 Office	課長・リーケー 担 Leader In c				
記入不要 Leave blank							
•					•		

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

	n	記号/Code	番号/No.		氏名/Name		
将	10	234567		健保 太郎/Taro Kempo)		
保	per:	会社名/Company			所属/Section		
被保険者		○○薬品工業株式会社/			△△工場 製造部○○グループ/		
但 Insu	Pharmaceutical Company Limited			Group, Manufacturing Division,Plant (TEL: 06-6233-1234)			
粉失対象者 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		XX	XXX . 10 . 3	本人 Self		

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/0ther

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

- 主: 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 記入不要 Leave blank