①紛失した場合

健 保 組 合	常務理事	事務長		担 当	健 保 窓 口		担 当

- 健康保険被保険者証 滅失届
 健康保険資格確認書 滅失届 該当するものに☑

全日本空輸健康保険組合理事長 殿

		事由 発生日	令和 ○ 年 4 月 3 日									
健康保険証 記号・番号	記 号			番 号						被保険者氏名	空野太郎	印
	1	2	3	1	2	3	4	5	6			
住所 電話番号 (連絡先)	東京都品川区品川1-2-3 (03)0000-0000											
事業所名	全日本空輸(株)						所属	東京支店				
滅失該当者名 (複数の記入可)	空野花子(妻)、空野葉子(長女)											

滅失理由 (該当事由に○)	☒ 滅失 (☐ 盗難 ☐ 遺失 ☐ 焼失 ☒ 紛失)										
	届出をした 警察署	名称	品川 署 品川 派出所								
		届出 日時	4 月 3 日 15 時頃								
		番号	1234 号								
	2. その他 ()										

事 由 (発生時の状況)	妻が外出時、品川駅で自分と子供の保険証が入ったカバンを電車内に 忘れた為										
-----------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注) マイナ保険証をお持ちでない方で、健康保険資格確認書が必要な方は、別途、健康保険資格確認書(再)交付申請書(T-18)を提出してください。

②破損した場合

健 保 組 合	常務理事	事務長		担 当	健 保 窓 口		担 当

- 健康保険被保険者証 滅失届
 健康保険資格確認書 滅失届 該当するものに☑

全日本空輸健康保険組合理事長 殿

		事由 発生日		令和 ○ 年 4 月 3 日								
健康保険証 記号・番号	記 号			番 号						被保険者氏名	空野太郎	印
	1	2	3	1	2	3	4	5	6			
住所 電話番号 (連絡先)	東京都品川区品川1-2-3 (03) 0000 - 0000											
事業所名	全日本空輸 (株)				所属	東京支店						
滅失該当者名 (複数の記入可)	空野花子 (妻) 、空野葉子 (長女)											

滅失理由 (該当事由に○)	☐ 滅失 (盗難 ・ 遺失 ・ 焼失 ・ 紛失)										
	届出をした 警察署	名称	署				派出所				
		届出 日時	月	日	時		頃				
		番号	号								
	☒ その他 (破 損)										

事 由 (発生時の状況)	他のカードと誤ってハサミを入れてしまった為
-----------------	-----------------------

--

注) マイナ保険証をお持ちでない方で、健康保険資格確認書が必要な方は、別途、健康保険資格確認書(再)交付申請書 (T-18) を提出してください。