

常務理事	事務長	担当



被保険者証再交付申請書（兼 滅失届）

被保険者証の記号・番号		記号	番号	再交付事由 発生年月日	令和 年 月 日
被保険者氏名				生年月日	昭・平 年 月 日
再交付申請の事由 (該当事由の数字に○印)		1. 滅失（盗難・紛失） 2. き損 (ただし、退職時に滅失した場合、再交付は不要)		【届出事由が滅失の場合】 アステラス健康保険組合理事長 殿	
届出の事由 (状況を詳しく)				被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。 また、紛失した被保険者証により事故が生じた場合は、 その責を負うことを誓約いたします。 被保険者氏名： _____ ⑩	
再 交 付 申 請 の 対 象 者	氏 名	生 年 月 日		性 別	続 柄
		昭・平・令	年 月 日	1. 男 2. 女	
		昭・平・令	年 月 日	1. 男 2. 女	
		昭・平・令	年 月 日	1. 男 2. 女	
		昭・平・令	年 月 日	1. 男 2. 女	
事業主の証明	アステラス健康保険組合理事長 殿 上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので 提出いたします。 今後は滅失又はき損することのないよう指導いたします。			令和 年 月 日 事業所住所 事業所名称 事業主氏名	

社会保険労務士の 提出代行者印	
--------------------	--

※盗難、紛失（財布ごと等）の場合は、警察に届け出を行ってください。
クレジットカード等と異なり停止する制度がないため、悪用された場合は自己責任となります。
ご注意ください。