

常務理事	事務長	担当



被保険者証滅失届

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 (該当事由を選択)	滅失(盗難・紛失) (被保険者証の発行は廃止となりましたので発行はいたしません)		【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： _____ ㊟					
再 交 付 申 請 の 対 象 者	氏名	生年月日	性別	続柄	続柄(その他は具体的に入力)			
		昭 平 令 年 月 日	男 女					
		昭 平 令 年 月 日	男 女					
		昭 平 令 年 月 日	男 女					
事業主の証明			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。