

常務理事	事務長	担当

被保険者証 減失・毀損申請書
高齡受給者証

確認欄	この届出については、次の要件を満たしたものである。(相違なければ☑を入れてください)
	(被保険者) <input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成し、誤りがないか確認したものである。 (事業主) <input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか事業主が確認したものである。

被保険者が記入するところ	健康保険 記号		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格取得 年月日	平・令	年	月	日	
	健康保険 番号												
	社員番号												
	被保険者氏名	フリガナ		被保険者住所	〒								
	提出理由 (該当するものに○)	1. 減失 : 紛失・盗難・保険証更新・資格喪失時(退職等) (喪失年月日 年 月 日) 2. 毀損											
	該当者 (該当するものに○)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分											
	該当者が被扶養者の場合記入	①	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
②		フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
③		フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
減失したときの状況	※できるだけ具体的にご記入ください												
警察への届出状況	有・無	届出先		警察署	届出日	令和	年	月	日				

◎被保険者証を減失・毀損し、マイナ保険証を保有していない方には本申請書をもって資格確認書を交付いたします。「被保険者住所」宛に郵送いたしますのでお受け取りください。(資格喪失者を除く)

◎被保険者証の毀損のための申請であるときは、毀損した被保険者証を、この申請書に添付してください。

被保険者証・高齡受給者証減失届 (減失の場合のみ記入)	
上記の申請書に記載したとおり、被保険者証・高齡受給者証(以下「保険証」という)を減失しました。 今後は取扱に十分注意し、これらの保険証を発見したときは、ただちに返納します。 なお、減失した保険証によって保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。	
令和 年 月 日	被保険者署名(自筆)

事業所の証明	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話

令和 年 月 日提出
受付年月日

社会保険労務士記載欄

【送付先】
 社内便の場合：SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合
 社外の場合：〒108-0075
 東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー
 マイクロソフト健康保険組合
 ※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。