

# 滅失届・再発行申請書

(システム申請用)

<b>委任状</b>							
私は、この申請手続きを	<table border="1"><tr><td>枚方工場 総務課</td></tr><tr><td>玉城工場 総務課</td></tr><tr><td>KDJ 労務人事課</td></tr><tr><td>本社 労務課</td></tr><tr><td>本社 人事課</td></tr></table>	枚方工場 総務課	玉城工場 総務課	KDJ 労務人事課	本社 労務課	本社 人事課	申請日(西暦) 年 月 日
		枚方工場 総務課					
玉城工場 総務課							
KDJ 労務人事課							
本社 労務課							
本社 人事課							
	に委任する。	住所 _____					
		氏名 _____ (印)					
該当部署名を○で囲んでください							

被保険者 (申請者)	被保険者 記号・番号	記号	番 号 (右づめ)	生 年 月 日	
				西 暦	年 月 日
	住 所	〒 -			
	氏 名	自宅 TEL ( ) -			
		日中の連絡先 ( ) -			
会社名称	<input type="checkbox"/> 京セラドキュメントソリューションズ(株)		所属部署名		
	<input type="checkbox"/> 京セラドキュメントソリューションズジャパン(株)				

京セラドキュメントソリューションズ健康保険組合理事長 殿

下記の届出に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。  
なお、この被保険者証を発見したときは、直ちに返納いたします。

健康保険証の紛失は下記の滅失の内容の記載をしてください

滅失	⑤滅失した 証の氏 名	<input type="checkbox"/> 被保険者 (社員)	家族の場合 氏 名	年 月 日	生 年 月 日	男 女	
		<input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族)					
		家族の場合 被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他( )				
		⑥被保険者証を滅失した ときの状況 (詳しく)					
		滅失した場所(だいたいの住所)					
	⑦届出先警察署名		⑧届出番号				

<input type="radio"/>	退職時の紛失	退職時に返納する健康保険証が見つからない為、滅失の申請をします。
-----------------------	--------	----------------------------------

下記の通り、再発行を申請します。

<input type="radio"/>	滅失による再発行	上記理由により、再発行をお願いします。
-----------------------	----------	---------------------

<input type="radio"/>	毀損による再発行	健康保険証カードの表示がキズや損耗で見えなくなったため、再発行をお願いします
-----------------------	----------	--

<input type="radio"/>	無余白による再発行	健康保険証の裏面の記入欄が書けなくなったため、再発行をお願いします。
-----------------------	-----------	------------------------------------

# 滅失届・再発行申請書

(任意継続被保険者 申請用)

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者 記号・番号	記号 80	番 号 (右づめ)	生 年 月 日 年 月 日	
	住 所	〒 -			
	氏 名	⑩	自宅 TEL ( ) -		
			日中の連絡先 ( ) -		

京セラドキュメントソリューションズ健康保険組合理事長 殿

下記の届出に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。  
なお、この被保険者証を発見したときは、直ちに返納いたします。

健康保険証の紛失は下記の滅失の内容の記載をしてください

滅 失	⑤滅失した 証の氏 名	<input type="checkbox"/> 被保険者 (社員)	家族の場合 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		<input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族)			
	家族の場合 被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他( )	生年月日	年 月 日生	
	⑥被保険者証を滅失した ときの状況 (詳しく)				
	滅失した場所(だいたいの住所)				
⑦届出先警察署名		⑧届出番号			

	退職時の紛失	退職時に返納する健康保険証が見つからない為、滅失の申請をします。
--	--------	----------------------------------

下記の通り、再発行を申請します。

	滅失による再発行	上記理由により、再発行をお願いします。
--	----------	---------------------

	毀損による再発行	健康保険証カードの表示がキズや損耗で見えなくなったため、再発行をお願いします
--	----------	--

	無余白による再発行	健康保険証の裏面の記入欄が書けなくなったため、再発行をお願いします。
--	-----------	------------------------------------