

# 滅失届・再発行申請書

(システム申請用)  
任意継続被保険者の方は、委任状なし申請書を利用ください

## 委任状

私は、この申請手続きを

枚方工場 総務課  
 玉城工場 総務課  
 東京R&Dセンター 総務課  
 KDU 労務課  
 本社 労務課  
 該当する部署に○で囲んでください

に委任する。

申請日 平成 年 月 日  
 住所 \_\_\_\_\_ (データ印不可)  
 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 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 80	番 号 (右づめ)	生 年 月 日 年 月 日
	住 所	〒 最初に申請者情報を記載		
	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) <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)		所属部署名

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) <input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族)	家族の場合 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	⑥被保険者証を滅失した場所(たいたいの住所)	家族の場合 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子	生年月日	昭和 年 月 日生 平成 年 月 日生
	⑦届出先警察署名			⑧届出番号

紛失の場合、警察署に届けて下さい。  
警察署名と発行される番号を記載してください。

退職時の紛失は、この欄に○をつけて下さい

下記の通り、再発行を申請します。

<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	毀損による再発行	再発行は、この欄に○をつけて下さい
<input type="checkbox"/>	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。