

**【提出先】**

MS → 人事部 給与厚生T  
各グループ会社 → 各社 人事総務

※詳しくは[こちら](#)

\*出向者の方は、出向元の事業所にご提出ください

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当

**被保険者証 滅失・毀損 届**

(いずれかに○印)

確認欄	
<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している

被 保 険 者 証		氏 名 (フリガナ)		所 属		住 所 (居住地)	
記 号	番 号 (社員番号)			TEL 内線	〒	TEL	
資格確認書発行要否	要	・ 本人分 ・ 家族分 氏名 ( )		再交付の事由 (具体的に)			
	否	・ 就職や退職等で資格がなくなるため ・ マイナ保険証使用のため [・ 本人分 ・ 家族分氏名( )]		紛失した 年 月 日	令和 年 月 日	紛失した 場 所	
						令和 年 月 日提出	

上記のとおり申請いたします。

後日発見した場合は直ちに返却いたします。

貴組合に対して一切のご迷惑をお掛けいたしません。

三井住友海上健康保険組合 御中

※確認欄にチェックした場合は、押印省略可です。

※毀損による申請のときは、保険証カードを添付してください。

※マイナ保険証の利用をお願いします。

※資格確認書は以下に該当する方に限り発行可です。

- ①マイナンバーカードを持っていない方
- ②マイナンバーカードに保険証利用登録をしていない方
- ③要配慮者等でマイナンバーカードを利用できない方

事業所名称・所在地 事業主の氏名	
---------------------	--