

健康保険 被保険者証・高齢受給者証・資格確認書 滅失届
(いずれかに○して下さい)

◆提出先：お勤め先の会社 人事ご担当

本籍がオリックス・レンテック・クレジット・システム・インテリア・野球クラブ・生命・銀行・債権回収・不動産・エヌエスリース・自動車・資源循環・環境の方は [立川]オリックス／グループ人事／グループパーソナルセンター内／APO-社労士法人に送付

※記号・番号は、マイナポータル、資格情報のお知らせのいずれかでご確認ください。

被 保 険 者	被保険者等の記号・番号 (不明な場合は社員番号)		本籍会社名
	-		
	氏名		

申 請 対 象 者	氏名	続柄	生年月日（和暦で記入）	性別	紛失したもの
			年 月 日		保険証・高齢受給者証・資格確認書
			年 月 日		保険証・高齢受給者証・資格確認書
			年 月 日		保険証・高齢受給者証・資格確認書
	理由				
	警察への届出月日	警察名	保険証・資格確認書の効力を無効にすることはできません。盗難・遺失の場合は警察に届出をお願いします。保険証を悪用されて損害を受けても健康保険組合は損害を補償できません。		
	年 月 日				

事 業 主 欄	所在地
	名称
	氏名

健康保険組合欄

* 受付印

常務理事	事務長		担当者