

【申請ルート】

／被保険者(本人)→お勤め先の会社・事業所の社会保険担当部署 → 健康保険組合

(任意継続加入者のみ、事業所ではなく直接健康保険組合宛へ送付ください。)

ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿

健康保険被保険者証滅失届

提出日： 年 月 日

事業所名			所属部署	
保険証の記号		番号 ※枝番は不要	被保険者氏名	
被保険者の住所	〒 -			

滅失した保険証対象者氏名 (複数記載可)				
滅失に至った理由 (該当する箇所にチェック)	<input type="checkbox"/> ①紛失	<input type="checkbox"/> ②盗難	<input type="checkbox"/> ③(災害等による)焼失・流出	<input type="checkbox"/> 汚損

①②にチェックがある場合は下欄にご記入ください。

紛失年月日	年 月 日頃	紛失場所	
紛失時の状況 (詳しく記入ください)			
誓約欄	ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿 上記の通り紛失した、または盗難にあった被保険者証が、他人に不正に使用されたことにより医療費やその他について貴健康保険組合に損害を与えた場合は、私が責任をもって弁済することを誓約します。 また、今後は再発しないように管理を徹底するとともに、被保険者証を発見した場合は、遅滞なく返却することを誓約します。 年 月 日 被保険者名： 印		

※悪用を防ぐため、必ず警察に届出を行うとともに、「医療費のお知らせ」に、身に覚えのない受診履歴がないかご確認ください。

添付書類 要否	BS健保に 継続加入	<input type="checkbox"/> マイナ保険証を利用できる	⇒添付書類は不要です。
		<input type="checkbox"/> マイナ保険証を利用できない	⇒「資格確認書交付申請書」の提出が必要です。 <input type="checkbox"/> 添付した
	BS健保から 脱退	<input type="checkbox"/> 喪失届・減申請書提出	⇒添付書類は不要です。

※「資格確認書交付申請書」の様式は健保ホームページに掲載しています。

※マイナ保険証を利用できる方への資格確認書交付はできません。

※マイナ保険証を利用できるにも関わらず交付を希望される場合は、マイナ保険証の利用登録解除申請書をご提出ください。

事業所 確認欄	係		長	健保 使用欄	I/P	係		事務長	常務理事	備考
					/					