

Please fill in all the blanks in the bold frame.  
\*All the years should be written in the Japanese Calendar system.

健康保険被保険者証  
受給者証・限度額認定証  
届(退職・扶養削除・その他)

常務理事	事務長	担当者
		Furigana (in Katakana)
		Name of Insured Person

Date of Birth:  
[Showa] / [Heisei]  
[Year][Month][Date]

Insured Person's  
Health Insurance Card  
Symbol / Number

Employee Number

被 保 険 者 証 の	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ	ハナツバキ タロウ
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	花 樫 太 郎	花 樫 太 郎	
生 年 月 日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		社 員 番 号	事 業 所 名 称	本 社 ○ ○ 部 ○ ○ 会 社 ○ ○ 支 店 ○ ○ 支 社 ○ ○ 営 業 本 部 等
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	所 属	
届出の種類			見捨てられた日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
<input type="radio"/> 退職 <input checked="" type="radio"/> 扶養削除 <input type="radio"/> その他 ( )			*If the Insurance Card is lost or stolen, the Card holder should first report to your local police, as there is a risk of misuse. The lost or stolen report that is issued by police should be a legal certification.		
			The police station where the report was filed. (受理番号をご記入ください)		
			The number of the lost or stolen report.		
			Please put a tick on the type of lost Insurance Card(Certificate). (If the Card is for dependent, the name of the Card holder should be informed.)		
			<input checked="" type="radio"/> 被保険者証(本家・家族証) <input type="radio"/> 高齢者受給者証 <input type="radio"/> 限度額認定証		
被扶養者氏名		被扶養者氏名		被扶養者氏名	
花 樫 次 朗				花 樫 太 郎	
Insurance Card of Insured Person or Dependent			Recipient Card for Seniors		
			Eligibility Certificate for Ceiling-Amount Application		
減失した場所			The name of Dependent Card holder		
減失したときの状況			いつ? どこで? など状況等を詳しくご記入ください		
			Please provide the details of the situation (such as when and where) when the Insurance Card was lost.		
"I lost the Insurance Card / Recipient Card / Eligibility Certificate for Ceiling-Amount Application due to my mismanagement. I swear that if any damage is caused to your association by the misuse of the lost Insurance Card, the Insured Person will be held responsible for repaying the damage. Also if I find the lost Card(or Certificate), I will return it to you immediately."					
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 被保険者			住所 Address of Insured Person		
***Date: [Reiwa Year][Month][Date]			○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
			氏名 ***Name of Insured Person		
			花 樫 太 郎		

【注意事項】  
Notes:  
-This application form should be used in the case that Insurance Card / Recipient Card / Eligibility Certificate for Ceiling-Amount Application cannot be returned to the health insurance society at the time of "retirement", "Removal of dependent", and so on.  
- Please use “健康保険被保険者証再交付申請書” in the event of re-issuance.(Not this application form.)

所属事業所	
担 当	