

If the code/number of your Health Insurance is unknown,
please fill in only the GUI.

Report of loss (damage) of Eligibility Confirmation Document

Insurance No.	C o d e	○	N u m b e r	○○○○○	GUI	○○○○				
Insured's Name	健保 太郎					Date of birth	昭和 平成	年	月	日
Address	〒000-0000 ○○県○○市○○町1-2-3 ○○マンション△△号室					Tel	00 (1234) 5678			
Office Name and Tel	EY○○○○○○○					Tel	00 (4321) 8765			
Target Person (Mark applicable items with ○)	1	Insured Person (Eligibility Confirmation Document held by the individual)								
	2	Dependent (Certificate held by the family member)								
	①	Na me	健保 花子		Date of birth	昭和 平成 令和	年	月	日	
	②	Na me	健保 二郎		Date of birth	昭和 平成 令和	年	月	日	
③	Na me			Date of birth	昭和 平成 令和	年	月	日		
Reason for Report	Date and place of loss or damage, and the circumstances of the loss or damage (Please fill in as much as you know.)									
	Date and time: 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 午前・午後 ○ 時 ○○ 分ごろ									
	Place: 自宅									
	Situation: 引っ越しの際に紛失しました									
I have lost or damaged my Eligibility Confirmation Document, and I will be very careful in the future.										
Date of Report 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 Insured's Name 健保 太郎										

◎If the Eligibility Confirmation Document is damaged, please attach the “damaged Eligibility Confirmation Document” to this report.

E m p l o y e r	上記の申請について相違ないことを証明いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。									
	※Employer's Certification Section									
	Leave it blank to the social labor corporation of the business site Submit it.									
	(After stamping at the contractor, it will be forwarded to the Health Insurance Society.)									
電話										

令和○○年○○月○○日提出
受付日付印