

被保険者証滅失届(誓約書)兼 再交付申請書

再交付が不要であっても本届出は必要です。

常務理事	事務長	担当者

提出日(必須) 令和 XX年 XX月 XX日

被保険者証 カードNo. (滅失の為に 不明であれば 無記入可)	記号 (123) 番号 (1000)	被保険者 氏名 ケンコウ タロウ 健康 太郎	社員 No. 12345 生年月日 S・H XX年 5月5日
---	-----------------------------	---------------------------------	--

I. 本届出を提出する理由
①. 滅失・紛失(盗難・災害による消失・置き忘れ・落とす・その他)
II. き損(切る・折る等で損傷)・・・この場合は該当カードを添付して下さい

II. 本滅失届の対象者はどなたですか
1. 被保険者 2. 被扶養者(全部・一部) 3. 全員

III. 上記IIの対象者の内、再交付を申請するのはどなたの分ですか
4. 被保険者 5. 被扶養者(全部・一部) 6. 全員
9. 上記対象者全員について再交付は不要(注☆参照)

被扶養者氏名	被扶養者生年月日	続柄(長男・長女等詳細に)	性別	【再交付】 注☆参照
健康 華子	S・H XX年 3月3日	妻	男・女	要・不要
	S・H		男・女	要・不要
	S・H		男・女	要・不要
	S・H		男・女	要・不要
	S・H		男・女	要・不要

届出・申請の事由、原因(年月日・場所・状況等)並びに滅失がわかった後の措置を具体的に記入願います。
1月10日の午後3時頃、出かけた先で財布を落としたと思われます。財布の中に保険証も入っていました。心当たりの場所を全て探し、問合せましたが見つかりませんでした。

宛: J-オイルミルズ健康保険組合
誓約書
(本欄は被保険者が記入捺印する。き損の場合は不要)
貴組合発行の私を被保険者とする被保険者証カードを(私或いは家族が)滅失致しましたのでお届け致します。滅失したカードにより万一事故が発生した場合は貴組合にはご負担をおかけしない事を誓約致します。又、後日カードを発見した際は勝手に廃棄せず直ちに連絡・返却致します。
被保険者氏名 健康 太郎

警察等への届出
キャッシュ・クレジットカードのように使用の一時停止・無効の処置はできませんので誤ってシュレッダー等でカードを破砕した等原因が明らかで第三者にわたる可能性がない場合を除き、本届出の前に速やかに警察への届出を行われる事をお勧め致します。

再発行手数料
再発行費用実費相当額として1枚につき1,000円を被保険者負担とし、給与より控除致します。任意継続者は保険料振込先口座へ振込手数料も含めた金額を納付願います。再交付後に見つかったカードは必ずご返却頂きますが、再発行手数料は返金できませんのでご了承下さい。

(事業主)・・・以下の記載・捺印は事業主(所属部署の事ではない)が行います。任意継続は空欄です。

受付日付印

上記のとおり被保険者から届出・申請がありましたので提出し、滅失・き損に相違ない事を証明致します。尚、今後再びこのことが無いよう充分指導致します。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話 ()
印

届出後のカード返却

* 被保険者 → 事業主 → J-オイルミルズ健康保険組合(任意継続者は直接健康保険組合へ提出)