# 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 X X 年 X X 月 X X 日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証カードNo.（滅失の為不明であれば無記入可） | 記 号 | フリガナ | ケンポ タロウ | 社員No. | XXXX |
| | 8XX | 被保険者氏名 | 健保 太郎 （健保印） | 生年月日 | |
| | 番 号 | | | S・(H)・R | ○○年×月×日 |
| | XXXX | | | | |

| | |
|---|---|
| Ⅰ．本届出を提出する理由 | (Ⅰ．)滅失・紛失（盗難・災害による消失・置き忘れ・落とす・その他（ ）<br>Ⅱ．き損（切る・折る等で損傷）・・・この場合は 該当ｶｰﾄﾞを 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<br>9．上記対象者全員について 再交付は不要（注☆ 参照） |

Ⅳ．上記Ⅱの対象者の内、2・3に該当する被扶養者を右欄に記入願います

| 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 |
|---|---|---|---|---|
| 健保 花子 | S・(H)・R ○○年×月×日 | 妻 | 男・(女) | (要)・不要 |
| | S・H・R | | 男・女 | 要・不要 |
| | S・H・R | | 男・女 | 要・不要 |
| | S・H・R | | 男・女 | 要・不要 |
| | S・H・R | | 男・女 | 要・不要 |
| | S・H・R | | 男・女 | 要・不要 |

注☆
①被保険者の資格喪失
②被扶養者の減
の際には再交付は不要なので被保険者証ｶｰﾄﾞの返却が出来ない分につき①はⅢの9．全員不要 ②はⅣの【再交付】不要に○を付し本届出を提出する

| | |
|---|---|
| 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思われます。<br>財布の中に保険証も入っていました。<br>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<br>（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。<br>また、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。<br>被保険者氏名 健保 太郎 （健保）印 |

| | |
|---|---|
| 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薦め致します。** |
| 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。<br>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。<br>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 印

電話 （ ） ―

| 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）