様式　T－4

被保険者証等滅失届（誓約書）

記入例

常務理事	事務長	係		事業所担当

提出日（必須）　令和　〇〇 年　××月　××日

被保険者等記号・番号（滅失の為、不明であれば無記入可）	記　号	21	番　号	123456
事　業　所　名	味の素㈱		出向先名	
フ　リ　ガ　ナ	あじの　たろう		生　年　月　日	
被　保　険　者　氏　名	味野　太郎		昭和・平成　〇〇年　1月　1日	
Ⅰ．滅失した証はどちらですか	1．被保険者証　2．高齢受給者証　3．限度額適用認定証　4．資格確認書			
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．設問Ⅱの対象者の内、2．被扶養者の「一部」に該当する方について、ご記入願います。

被扶養者氏名	被扶養者生年月日	続柄（妻・子等）	性別
味野　一郎	昭・平・令　××年05月15日	子	男・女
	昭・平・令　　年　月　日		男・女

届出・申請の事由、原因（いつ・どこで・状況 等）並びに滅失後の措置を具体的にご記入願います	病院からの帰宅途中、保険証が入った財布を紛失しました

味の素健康保険組合　理事長殿 **誓　約　書** （本欄は被保険者が記入）	貴組合発行の私を被保険者とする上記の証を（私或いは家族が）滅失致しましたのでお届けいたします。上記の証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いたします。 又、後日発見した際は勝手に廃棄せず直ちに返却いたします。 被保険者氏名　味野　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薦め致します。**

確認欄 ※レ点チェック	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
□	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者のマイナンバー記載欄

（被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です。）

（事業主証明欄）　・・・任意継続は証明不要です。（任意継続者は直接健康保険組合へ提出）

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。なお、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　（　　）　　－

受付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	