

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	事業所担当

提出日(必須) 令和 ○○ 年 ×× 月 ×× 日

記入例

被保険者証記号・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(株)		出向先名						
フリガナ	アジノ タロウ		生	年	月	日			
被保険者氏名	味野 太郎		昭 平	○	○	1	1		
I. 本届出を提出する理由	1. 滅失(紛失、盗難など) 2. き損(切る・折る等で損傷、印字擦れ)・・・この場合は該当カードを添付してください								
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			※再交付する証に○印をつけてください 保険証・高齢受給者証					
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	1. 被保険者 2. 被扶養者(全部・一部) 3. 全員 4. 上記対象者全員について再交付は不要(注☆参照)								
IV. 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	味野 一郎			被扶養者生年月日	続柄	性別		
		昭・平・令	×	×	0	5	1	5	父
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 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勧め致します。【警察への紛失・盗難届受理番号 012345678】
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、指定の振込先口座へ納付願います。(振込手数料はご本人負担となります。)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ください。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(事業主証明欄) ... 任意継続は空欄です。(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