

被保険者証カード
滅失届(誓約書)兼 再交付申請書

(ニチレイ健康保険組合)

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	係		

提出日(必須) 平成 年 月 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 番号	被保険者 氏名	印	社員 No.	
				生年月日	
				M・T S・H	

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())
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)

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
		M・T S・H		男・女	要・不要
		M・T S・H		男・女	要・不要
		M・T S・H		男・女	要・不要
		M・T S・H		男・女	要・不要
		M・T 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。

宛:ニチレイ健康保険組合
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 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

* 被保険者 → ニチレイビジネスパートナーズ → ニチレイ健康保険組合(任意継続者は直接健康保険組合へ提出)