

被保険者証カード

再交付申請書
紛失届

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

| |
|------|
| 台帳記入 |
|------|

| | | |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|------|-----|---|

《警察等への届出》

被保険者証カードは、クレジット・キャッシュカードとは違い、使用の一時停止・無効の処置はできません。
必ず警察署への届出を行ったうえで、再交付を申請してください。

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------|-------|------------------------|---|--------------------------|----------------------------|
| | | | | 提出年月日 | | | |
| 被 保 険 者 | ① 被保険者証 記号・番号 | 12 | 3456 | ② (フリガナ) 被保険者 氏名 | ご本人の氏名(カナ) ご本人の氏名(漢字) | (印) | |
| | ③ 生年月日 | 昭 平 令 ご本人の生年月日 | | ④ 住 所 | ご本人の住所 | | |
| | ⑤ 資格取得 年月日 | 昭 平 令 会社に入社した日 | | ⑥ 事 業 所 称 | 勤務している会社名 | | |
| 再 交 付 の 対 象 者 | ⑦(カナ) 氏名 | 再交付対象者の氏名(カナ) 再交付対象者の氏名(漢字) | | ⑧ 続 柄 | 再交付対象 者の続柄 | ⑨ 生 年 月 日 | 昭 平 令 再交付対象者の生年月日 |
| | ⑩(カナ) 氏名 | | | ⑪ 続 柄 | | ⑫ 生 年 月 日 | 昭 平 令 年 月 日生 |
| | ⑬(カナ) 氏名 | | | ⑭ 続 柄 | | ⑮ 生 年 月 日 | 昭 平 令 年 月 日生 |
| 誓 約 書 | 貴組合発行の私を被保険者とする被保険者証カードを滅失いたしましたので届出いたします。 滅失したカードにより事故が発生した場合の損害については、私が責任を負うことを誓約いたします。 また、後日カードを発見した際は無断で破棄することなく直ちに返却いたします。 | | | | | 被保険者氏名 ご本人の氏名 (印) | |
| 申 請 理 由 | [該当するものを○で囲んでください。] ※破損の場合は、該当被保険者証カードを添付してください。 ・ 紛失 (印) ・ 盗難 ・ 破損 ・ その他 () | | | | | | |
| 滅 失 等 の 状 況 | [いつ・どこで・どのように等、具体的に記入してください。] 令和〇年〇月〇日に病院へ提示したところまでは覚えていますが、その後の記憶がなく、 病院で紛失したものと思われます。 今後は、気を付けて管理しますので、再交付をお願いいたします。 | | | | | | |
| 届 出 状 況 署 | 届出警察署名 | | 届出年月日 | | 区分選択及び受理(不受理)番号 [不受理の場合、理由を記入] | | |
| | 届出警察署名 | | 届出年月日 | | <input checked="" type="checkbox"/> 受理 <input type="checkbox"/> 不受理(理由:) No. 届出受理番号 | | |

| | | |
|-------|---|-----------------|
| ※ | 被保険者から再交付申請がありましたので届出するとともに、上記記載内容に相違ないことを証明します。 今後、このような事のないように十分指導いたします。 | |
| 事 業 主 | 令和 年 月 日 | |
| 証 明 欄 | 事業主 | 所在地 名称 氏名 |
| | | (印) |

| | |
|-------|------------|
| 交付年月日 | * 令和 年 月 日 |
|-------|------------|

提出経路
(被保険者)→(事業所)→(健康保険組合)