

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

この届出書は、次のような場合に届出するものです。

- ①資格喪失、減員等の際に健康保険の被保険者証および高齢受給者証を提出または返納することができない場合
- ②被保険者証の更新ないし検認の際に被保険者証および高齢受給者証を提出または返納することができない場合

常務理事	事務長		係



健康保険 被保険者証 **減失届**
 高齢受給者証

被保険者証の	記号		番号	
被保険者の	氏名			生年月日
				<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
会社名 (事業所名)	名称		所 属	(工場・支社) (部署名)

◆ 被保険者証 または 高齢受給者証 を滅失・き損した者の氏名・生年月日等を記入してください。

滅失 (該当にレ点)	氏名	生年月日	性別	続柄
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		

◆ 被保険者証 または 高齢受給者証 を滅失・き損した事由を、詳しく記入してください。

理由	
----	--

<被保険者証発見の際の返納誓約>

ジェイテクト健康保険組合理事長 殿

うへの届書に記載したとおり被保険者証および高齢受給者証を滅失しましたが、今後は充分取扱いに注意いたします。なお、この被保険者証および高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和 年 月 日

被保険者の 住所 _____
 氏名 _____ (印)

<事業主の証明>

上記のとおり事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業主の 住所 _____
 氏名 _____ (印)

◎犯罪防止のため、警察署へ紛失届をご提出ください。

◇本紙提出ルート◇

- ・(株)ジェイテクト(本・支社、営業所、出向者) : 申請者⇒人事部従業員支援室(本社旧本館 ジェイテクトサービス㈱ 内)⇒健保
- ・(株)ジェイテクト(各工場、大阪事業所、東日本支社) : 申請者⇒各工場総務担当者⇒人事部従業員支援室(本社旧本館 ジェイテクトサービス㈱ 内)⇒健保
- ・上記以外のグループ企業 : 申請者⇒事業所担当者⇒健保
- ・任意継続被保険者 : 申請者⇒健保