

2021 年 2 月 24 日

各 位

小野薬品健康保険組合

「保険証」と「医療費のお知らせ」の発送について

「保険証」と「医療費のお知らせ」の発送についてお知らせいたします。

1. 事業所で配布、2. 自宅等へ郵送という二通りの方法で、保険証の一斉差し替えを行いますのでご協力ください。

1. 事業所で配布

- ・対 象：各研究所、各工場、城東製品開発センター、本社 9 階の勤務者（一部を除く）
- ・発送時期：本日、各事業所あて発送
- ・配 布：業務担当者から個人名が記載された健保組合の封筒を受け取ってください。
- ・返 却：受け取った健保組合の封筒に「旧保険証」と「チェックリスト」を入れて業務担当者に提出してください。提出締切日は事業所の業務担当者まで

2. 自宅等へ郵送

- ・対 象：上記 1 以外の方
- ・発送時期：明日、レターパック（赤：簡易書留扱い）を発送
- ・返 却：同封の返信用封筒に「旧保険証」と「チェックリスト」を入れて3 月末までに健保組合あて郵送ください。

《送付するもの》

① 新しい保険証（小野薬品健康保険組合の加入者全員分）

※令和 3 年 1 月 20 日現在のデータで作成しています。交付日が令和 3 年 2 月 1 日のもの

② チェックリスト（次ページの記入例をご覧ください）

③ 「医療費のお知らせ」 ※医療費などの給付がない方には送付していません

④ ご案内

★3 月末までに全員分の旧保険証を返却できない方は・・・

→単身赴任・海外勤務・別居などの理由により、3 月末までに全員分の旧保険証を返却できない方は、3 月末までに「回収済の旧保険証」を業務担当者に提出（または返信用封筒で返送）したうえで、5 月末を目安として「残りの旧保険証」を健保組合あて郵送（または社内便で送付）してください。

- ・保険証の記載内容に誤りがある場合は、健保組合まで至急ご連絡ください。
- ・保険証を紛失している場合は、健保組合まで至急ご連絡ください。

連絡先

〒541-8526 大阪府中央区道修町 2-1-5

小野薬品健康保険組合（担当 久野）

Mail：m.hisano@ono.co.jp Tel：06-6222-5665

<記入例> 保険証が4枚届いて、3月中に3枚返却、4月に1枚返却予定の場合

チェックリスト

必要事項を記入のうえ、(旧保険証と一緒に) 健康保険組合まで送付ください。

1. 保険証の記載事項: 記号 1 0 ・ 番号 (4桁数字) 1 2 3 4

2. 社員のお名前 : 健保 太郎

3. 受け取った「新しい保険証」の枚数 4 枚

4. 今回、返送する「旧保険証」の枚数 3 枚

5. 後日、返却予定の「旧保険証」の枚数 1 枚

※「5. 後日、返却予定の保険証がある」場合は、下表を記入ください。□はレ

	対象者のお名前	返却予定月	備 考
1	健保 花子	☒ (4) 月頃 ☐ 未 定	
2		☐ () 月頃 ☐ 未 定	
3		☐ () 月頃 ☐ 未 定	

《お願い》

・旧保険証はそのまま返却してください。

×ハサミで裁断

×廃棄 (滅失届を提出いただくことになります)

・旧保険証を紛失された場合は、連絡ください。(滅失届を要提出)

(参考) 厚生労働省からの事務連絡 (被保険者への周知事項)

保険証を交付する際に、被保険者に対して以下の事項を周知するよう指示されていますのでお知らせします。

- (1) 保険証の交付を受けたときは、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保管すること。
- (2) 保険医療機関等において診療を受けようとするときには、その窓口で電子資格確認を受けるか、保険証を提出すること。
- (3) 被保険者の資格を喪失したときは、5日以内に保険証を事業主に提出すること。
ただし、任意継続被保険者の場合は保険者に返納すること。
- (4) 不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。
- (5) 保険証の記載事項に変更があった場合には、直ちに事業主を経由して保険者に提出して訂正を受けること。
ただし、任意継続被保険者の場合は事業主を経由することを要しないこと。

(お詫び)

裏面・上部の「注意事項」の記載内容に誤りがありますので、マジックや修正シールで隠してください。

<注意事項>

【誤】 保険医療機関等において診療を受けようとするときには、必ずこの証をその窓口で渡してください。

↓

【正】 保険医療機関等において診療を受けようとするときには、その窓口で電子資格確認を受けるか、保険証を渡してください。

注意事項 保険医療機関等において診療を受けようとするときには、必ずこの証をその窓口で渡してください。	
住所(1)	
住所(2)	
※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。 記入する場合は、1 から 3 までのいずれかの番号を○で囲んでください。	
1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。	
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。	
3. 私は、臓器を提供しません。	
《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》	
【 心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球 】	
[特記欄:	
署名年月日:	年 月 日
本人署名(自筆):	家族署名(自筆):