

## 滅失・毀損・再交付取扱規程様式第1号

※ 健 保 組 合 使 用 欄	決 裁		常務理事	事務長	担当	
	交付日	令和 年 月 日				
	再交付手数料徴収の可否決裁		常務理事	事務長	担当	
	再交付 交付手数料	令和 年 月 日	徴収・否			

## 健康保険被保険者証(カード)滅失・毀損 再交付申請書

申請日：令和 年 月 日

記 号		被保険者氏名			
番 号					
被保険者住所	〒				
会 社 名 (○で囲んでください)	(株)デサント・デサントジャパン(株)・デサントアパレル(株) 任意継続被保険者				
再交付が必要 な人の氏名				続 柄	
申 請 事 由	(該当項目にチェックのうえ、滅失またはき損したときの状況を詳しく記入してください。) <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損(毀損したカードを添付ください) <input type="checkbox"/> その他				

事 業 主 の 証 明 欄	
確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
再交付について申し出がありましたので、届出いたします。	
令和 年 月 日	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
印	

【注意】①再交付の場合、1枚につき500円の手数料がかかります。

500円は、下記口座へお振込みください。

※振込手数料は自己負担となります。

※振込明細書をこの申請書の裏面にのり付けしてください。

センバ  
<振込先> 三井住友銀行 船場支店 (普)596827

ツチハシ アキラ

デサント健康保険組合 理事長 土橋 晃

②再交付後に紛失した被保険者証が見つかったときは、紛失していた被保険者証を健康保険組合  
あてにご返却ください。

③紛失・盗難で他人に使用される可能性がある場合は、警察への届出をお勧めします。