

滅失・毀損・再交付取扱規程様式第1号

※健康保険組合使用欄	決 裁			常務理事	事務長	担当	
	交付日	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	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 : 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、届出致します。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	

2023.08改定

【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。

<振込先> 三井住友銀行 船場支店 (普)596827
 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。