

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。