

被保険者証 再交付申請書

受付	年 月 日
決済	年 月 日

デンカ健康保険組合			事業所			
常務理事	事務長	担当	人事部門		所属部門	

デンカ健康保険組合理事長 殿

被保険者証の再交付について、次のとおり申請いたします。

年 月 日

被 保 険 者 情 報	事業所名	勤務先の名称をご記入ください		所属	所属名をご記入ください		課	係	
	被保険者証	記号	番号	氏名	被保険者の氏名をご記入ください 印				
		●	●●●●●●						
住所	〒 - 瓦 () 被保険者の住所と連絡先をご記入ください								
再 交 付 が 必 要 な 方	氏名	続柄	生年月日			再交付の理由			手数料徴収
	対象者の氏名をご記入ください	※6参照	年	月	日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損			要・否
			年	月	日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損	いづれかに(レ)をつけてください		要・否
			年	月	日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損			要・否
			年	月	日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損			要・否
再交付の理由 (詳細)		例:紛失のため							手数料合計
遺失物届出受理番号		(き損の場合は記入不要) 必ずご記入ください							円

事 業 主 欄	事業主所在地	(〒 -)
	事業主名称	事業主の証明を頂いてください 印
	事業主氏名	
	電話	

- ※1 再交付を要する場合は、必ず被保険者の公的な証明書(運転免許証、パスポート、住民票等)の写しを添付して下さい。
- ※2 再発行した被保険者証には「再交付」の文字が印字されます。
- ※3 「き損」した場合は、この申請書に「き損」したカードを添付して下さい。
- ※4 紛失した時は、最寄りの警察に届け出て下さい。
紛失した被保険者証を発見したときは、発見した被保険者証を健康保険組合まで返納し、「再」の文字が印字された被保険者証を引き続き使用して下さい。
- ※5 再交付手数料として、カード1枚あたり¥1,000円を徴収致します。
- ※6 「続柄」は「長男」や「長女」など詳しくご記入願います。