

- 健康保険被保険者証
 健康保険高齢受給者証

再交付申請書

健 保 使 用 欄	事務長・室長	主 務	係 員

受付印
 2020.4 改

デンソー健康保険組合 御中 令和 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険被保険者証	記号	番号	被保険者名	印	
	資格取得日	昭・平・令	年	月	日	
	事業所名	1. (株)デンソー 2. その他の事業所()			従業員番号	
	所 属				内線	
	再交付対象者	続柄	性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和
	再交付申請の事由	1. 紛失 (警察への届出をお願いします) ※念書をご記入下さい 2. 盗難 (警察への届出をお願いします) 3. 棄損 (お持ちの保険証を添付して下さい) 4. その他 (お持ちの保険証を添付して下さい) (詳細:)			紛失・盗難・棄損等の発生状況	① 発生日 令和 年 月 日 ② 場 所 _____ ③ 状 況 _____
念書	被保険者証を紛失し、再三心当たりを探しましたが見当たらず、深くお詫び申し上げます。今後、このようなことがないように充分注意するとともに、紛失した被保険者証を発見したときは、直ちに返納します。なお、第三者がその証を使用した際の医療費その他の損害については、私が責任を負うことを誓約致します。					
※紛失の場合のみ記入	令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ 印					

<注 意 事 項 >

- (株)デンソーの方は、各職場人事事務担当責任者(又は所属長)、書記を経由して提出して下さい。
※人事事務担当責任者(所属長)の確認印が必要です。
- (株)デンソー以外の方は、健康保険担当部署、事業主を経由して提出して下さい。
※事業主の署名・押印が必要です。

<経路>

(株)デンソー以外
 被保険者↓健康保険組合
 (株)デンソー
 被保険者↓人事事務担当責任者(所属長)↓書記↓健康保険組合

<<(株)デンソー>>
 人事事務担当責任者
 確認欄
 データ印

<<(株)デンソー以外の事業所>>
 事業主署名欄
 所在地
 名称
 事業主 _____ 印

書 記 記 入 欄	担当書記名	
	書記メール	
	書記内線	

健 保 使 用 欄	データ チェック	保険証交付 年月日	保険証送付 年月日

<お問い合わせ先> デンソー健康保険組合 1室総務G 電話:0566-25-3121 内線 549-213,212,211,202 FAX :0566-24-6301 内線 549-921

個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧ください。