

- ☐ 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

受付印

2023.8 改

健 保 使 用 欄	事務長・室長	主 務	係 員

デンソー健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

<注 意 事 項>

- 記号、番号、資格取得日が不明な場合は、空欄として下さい。
- (株)デンソーの方は、書記を経由して提出して下さい。
- (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↓書記↓健康保険組合
被保険者↓書記↓健康保険組合

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	被保険者生年月日	昭・平 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
	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
	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			

《(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	再交付入力	回収(不能)入力	保険証交付	保険証送付