

受付印

滅失・毀損のいずれかに○をつけてください。

健康保険被保険者証 **滅失**・毀損 再交付申請書

「事業所記号」は3桁：DIS（他者への出向者含む）=100、DSAS=110、DSOL=140を記入してください。

「被保険者番号」は7桁：1+社員番号を記入してください。

事業所記号	100	被保険者番号	1234567	被保険者氏名	大和 太郎
資格取得年月日	昭和・平成	令和	24年 4月 1日	事業所名称	ダイワボウ情報システム
再交付申請の対象となる保険証 (該当する証に○印)	本人 (被保険者)		家族 (被扶養者)	氏名：大和 花子	
再交付申請理由（滅失等再交付申請事由の発生年月日、場所、経過説明などを具体的・詳細に記入） <b>令和元年7月1日の帰宅途中、自宅の最寄り駅から自宅までの道中で保険証の入った財布を紛失してしまい、立ち寄った場所を全て探したが発見できなかったため。</b>					
盗難または自宅外での紛失の場合は必ず警察署へ届け出て下さい。 <b>令和元</b> 年 7月 1日 届出済					
再発行手数料を <b>令和元</b> 年 7月 2日に振込みます。 ※再発行手続きは振込確認後となります					

上記のとおり **滅失**・毀損 につき、事業主を経由し届出いたします。

滅失・毀損のいずれかに○をつけてください。

住 所 **大阪市中央区久太郎町1-1-1**

被保険者氏名 **大和 太郎**



**令和元** 年 7月 3日

生 年 月 日 **昭**・平 50年 6月 7日生

ダイワボウ健康保険組合 御中

電 話 番 号 **01 - 2345 - 6789**

【再発行手数料】 1枚につき500円（振込手数料：被保険者負担）

【再発行手数料振込口座】

三井住友信託銀行 大阪本店営業部 (普) 0502565 名義：ダイワボウ健康保険組合

※振込の際、「振込人名」には、必ず「被保険者カナ氏名+被保険者番号(1+社員番号)」を入力してください。

(例) 大和太郎 被保険者番号 1234567 の場合 → ダイワタロウ 1234567

事業主証明欄	上記被保険者につき詳細調査し事実であることを証明します。 年 月 日	住 所 〒 - 事業主氏名	事業主が記入する ところです。 印		
組 合 処 理 欄	交付決定日 年 月 日	事実と認められるから 交付してよろしいか	常務理事	事務長	係