



太枠内をご記入後、内容をご確認の上ご捺印をお願いします

届出年月日	令和 年 月 日	破損カード枚数	枚
組合員番号 組合員名	( )		
住 所	〒 TEL ( ) -		
再交付カード 送付先住所	TEL ( ) -		
破損した カードNO.	コーポレートカード	セディナETCカード	
状況 (できるだけ詳しく)			

<備考>

上記理由により、破損届出いたします。

ご担当者名



KBN・受付日	センター・受付日	センター・入力日	KBN・確 認

FAX : 03-5579-2990

担当

( )