

常務理事	事務長	担当

資格確認書 再交付申請書 滅失・き損 届

日野自動車健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被保険者欄	記号・番号	記号 12	番号	従業員番号 (※)	(※)事業主から指示があった場合のみ記入	
	氏名	印		確認欄 <input type="checkbox"/>	自署の場合は、押印を省略することができます。 *ただし、訂正があった場合は省略不可 (←自署であるため、押印を省略する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/>)	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 住所	〒	
	勤務先	名称				
		所在地				
対象者 (本人の場合も記入)	氏名	続柄	生 年 月 日			
			昭和・平成・令和	年 月 日		
			昭和・平成・令和	年 月 日		
申請理由 (該当する項目に○)	再交付あり	1. 滅失 2. 盗難	発見した場合は直ちに返却いたします。 再発行手数料500円(1人につき)を添えて申請します。 被保険者氏名 _____			
		1. き損 【き損の資格確認書を添付してください】	今後は被保険者証の取扱いに注意いたします。 再発行手数料500円(1人につき)を添えて申請します。 被保険者氏名 _____			
	再交付なし	1. 滅失 2. 盗難 【被保険者退職時、被扶養者削除したとき】	発見した場合は直ちに返却いたします。 被保険者氏名 _____			
発生状況	発生日 : 令和 年 月 日 場 所 : _____ 状 況 : _____					

(注意) 黒ボールペンもしくはインクで記入してください。

【滅失・盗難の場合、警察への届出を推奨します。】

事業主の証明	確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が、自署以外で作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 (←事業主の証明により、押印を省略する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/>)
	令和 年 月 日	
	上記の通り再交付を届出します。	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	(印)

事業主使用欄	
①	②
③	④

受付日付印

※受領印等が必要な場合のみ使用してください

(R6.12作成)