

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 7 年 2 月 1 日

被 保 険 者 欄	記号・番号	記号 1 2 1 1	番号 1234	従業員番号 (※)	(※) 事業主から指示があった場合のみ記入	
	氏名	健保 太郎			確認欄 ☐	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、 ☒)
	生年月日	昭和 平成 令和 50 年 4 月 1 日	被保険者 住所	〒 191 - 0052 東京都日野市〇〇町1-2-3 コーポ日野△△△号室		
	勤務先	名 称	〇〇〇〇株式会社			
		所在地	東京都日野市××町1-1-1			
対 象 者 (本人の場合も記入)	氏 名	続柄	生 年 月 日			
	健保 花子	妻	昭和・平成・令和 50 年 10 月 1 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 健保 太郎				
		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 6 年 12 月 15 日 場 所 : 自宅 状 況 : 保管場所になく、探しても見つからなかった				

(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 ☐	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、 ☒)
	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

※受領印等が必要な場合のみ使用してください

受付日付印

(R6.12作成)