

健康保険資格確認書再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

受付印

令和 年 月 日提出

事業所番号	
事業所住所	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()
担当者	社会保険労務士記載欄(氏名等)

下記のとおり被保険者から資格確認書の再交付申請がありましたので提出いたします。なお、今後は毀損することのないよう十分指導いたします。

事業所名	資格確認証の 記号 番号	被保険者氏名	被保険者の生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
------	-----------------	--------	---

◎再交付申請の対象となる人

<input type="checkbox"/> 被保険者 ※上記に同じ	原因	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損
<input type="checkbox"/> 被扶養者 ※対象となる家族を下記に記入してください。	事発生日	令和 年 月 日
再発行を希望する被扶養者	被扶養者の生年月日	続柄 原因
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損

◎資格確認書を滅失したときの状況をできるだけ詳しく記入してください。

届出の有無	<input type="checkbox"/> 遺失物届 <input type="checkbox"/> 盗難届 <input type="checkbox"/> 届出無	
遺失物・盗難届出日	届出場所 警察署・交番	受理番号
令和 年 月 日		

上の届出書に記載したとおり、資格確認書を滅失・毀損いたしましたが、今後は十分取り扱いに注意します。
なお、滅失した資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名 ⑤

手数料 再交付枚数 枚 × 1,000円 = 円

再交付手数料は、下記の口座に被保険者名で振込み願います。(振込手数料は、差し引かないでください)

振込先 三井住友銀行(0009) 東京中央支店(015)
普通預金 7422256
(名義)太平洋セメント健康保険組合

※ 振込を確認できる書類を裏面に必ず貼付して下さい。
災害による滅失毀損は、罹災証明を貼付した場合に限り無償となります。

※ 再交付手数料振込後1ヶ月以内に提出がない場合には、資格確認書の再発行は行わず再交付手数料の返金も致しません。