

常務理事	事務長	係長	係

健康保険資格確認書 滅失・き損（再交付申請）届

記号		番号		被保険者名		男・女
資格取得年月日	平成・令和 年 月 日			生年月日	昭・平・令 年 月 日	
事業所	名 称					
	所 在 地					
今回資格確認書の再交付等を受ける者の氏名・続柄			氏名		続柄	
滅失年月日	令和 年 月 日			滅失場所		
滅失・き損の事由 (詳しく)						
備 考		資格確認書発行 要否 ☐ 発行が必要な場合 ☐ 欄にレ印を付してください。				
上記のとおり 滅 失 届 出 き 損 につき 再交付申請 をいたします。 なお、今後資格確認書の保管については充分注意するとともに、貴組合にご迷惑及び損害をおかけしたときは、私にて償わせていただくことを誓います。また、旧証発見の際は直ちに返納いたします。 JR東海リテイリング・プラス健康保険組合 御中 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 事業所名称 事業所長名						
確認欄	下記内容を確認後、確認欄の ☐ に ☒ 印を付してください。					
☐	この届出については、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。					

注意1. き損のため、再交付を受けるときは、資格確認書を添付すること。

2. 被保険者資格喪失のため、再交付を必要としないときは、括弧内(再交付申請)の文字を抹消すること。