

常務理事	事務長	係長	係

健康保険被保険者証 滅失・き損 (資格確認書交付申請)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 <input type="checkbox"/> 発行が必要な場合□欄にレ印を付してください。 ※「マイナ保険証」をお持ちの場合は、必ずしも資格確認書を発行する必要はありません。									
上記のとおり 滅失 につき 届出 をいたします。 き損 につき 再交付申請										
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。									
<input type="checkbox"/>	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. き損のため資格確認書の交付を受けるときは、被保険者証を添付すること。

2. 再交付を必要としないときは、括弧内(資格確認書交付申請)の文字を抹消すること。