

資格確認書再交付申請書

申請日： 年 月 日

次のとおり { 滅失… 紛失いたしました
盗難・罹災で失くしました
毀損… 破損いたしました } ので再交付を申請いたします

○破損した場合は資格確認書を添付して下さい。○紛失した場合は始末書を添付してください。

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		生年月日	性別	注意事項
				昭・平・令 年 月 日	男・女	後日紛失した資格確認書が見つかった場合は、速やかに健康保険組合へ返却してください。なお、手数料の返金は致しません。
被保険者住民票住所		(〒 -)				
再交付対象者	氏名		生年月日	再交付手数料として資格確認書再交付1枚につき1,000円 (振込み手数料は自己負担をお願いします)		
			昭・平・令 年 月 日	(再交付手数料の払い込みを証する書類を貼付する欄) 再交付手数料の払い込み方法は以下のとおりです。 【銀行振り込み】 下記の当健康保険組合の銀行口座に再交付手数料(振込手数料は自己負担)を払込み、その払込みを証明するもの(振込利用明細書、領収書等)原本をこの欄に貼り付けて、各地区人事主幹部署まで提出してください。		
申請理由と状況	※○印してください ・紛失 [] ・破損 [] ・罹災 [] ・盗難 []	いつ 令和 年 月 日 どこで(場所)		振込口座：三菱UFJ銀行 名古屋営業部(普通)1029632 名義：岡谷鋼機健康保険組合(オヤコキケンコウホケンクマイ) ※盗難・罹災(火災、自然災害等)の場合は別途証明書(被害届・罹災証明書)を添付することで手数料が免除となる場合があります。 ※なお、罹災証明書につきましては後日提出を可とします。		
※盗難の場合 被害届を提出した警察署	名称	署	派出所			
	届出日・電話	月 日 時頃	電話 ()			
	受理番号	号				

岡谷鋼機健康保険組合 殿

受付印

上記の申請のとおり相違ありません。 年 月 日	
事業所所在地	(印)
事業所名称	
事業主氏名	

組合処理欄	常務理事	事務長		担当