| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 交付年月日 |
|---|---|---|---|
| | | | 年　月　日 |

年　月　日

日鉄物産健康保険組合理事長　殿

# 健康保険　資格確認書（再）交付申請書

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 記号・番号 | (記号) | (番号) | | 被保険者氏名 | 印 | |
| 事業所の名称 | | | | 生年月日 | 昭和<br>平成　年　月　日 | |
| 被保険者住所 | 〒　－　　電話（　　）　－ | | | | | |
| （再）交付を申請する者の氏名、続柄および申請の事由 | 氏名 | | 続柄 | | 申請の事由 | 紛失・破損 |
| | 氏名 | | 続柄 | | 申請の事由 | 紛失・破損 |
| | 氏名 | | 続柄 | | 申請の事由 | 紛失・破損 |
| | 氏名 | | 続柄 | | 申請の事由 | 紛失・破損 |
| 紛失または破損した時の詳しい状況 | | | | | | |

上記申請について、事実に相違ないことを証明します。
なお、今後は資格確認書を紛失または破損することのないよう充分指導いたします。

年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　印

受付印

注１．破損による申請の場合は、破損した被保険者証・資格確認書を添付してください。

注２．資格確認書の（再）交付を受けた後に、紛失した被保険者証や資格確認書が発見された場合は、発見された被保険者証や資格確認書を返納してください。

注３．被保険者証や資格確認書を紛失した場合でも、クレジットカードのように、記号・番号を停止したり変更することはできませんので、ご注意ください。