

常務理事	事務長	担当者

# 健康保險資格確認書

# 届 再交付申請書

被保険者証の記号及び番号	記号 ..... 番号	被保険者氏名					
現在勤務している事業所	名称						
	所在地						
申請事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損	申請事由の発生年月日	令和	年	月	日	
再交付対象者				被保険者との続柄			
滅失・毀損の理由 (詳しく)							
<p>上記のとおり再交付申請します。なお今後大切に取り扱い滅失等のないよう十分注意し、発見したときはただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">住 所 被保険者 氏 名 <span style="margin-left: 20px;">(印)</span></p> <p>カゴメ健康保険組合 理事長殿</p>							
<p>上記のとおり、被保険者から「健康保険資格確認書」の再交付申請がありましたので届出いたします。</p> <p style="text-align: center;">所在地 事業所 名称 <span style="margin-left: 20px;">(印)</span> 事業主名</p>							

\*き損の場合は、き損となった「健康保険資格確認書」を添付してください。