

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 資格確認書再交付申請書

提出日	年 月 日							
被保険者等 記号番号	記号	被保険者 氏 名	生年月日	昭和	年	月	日	
	番号			平成				
被保険者 住所	〒  電話 ( )		所属及び 部署名	電話 ( )				
* 該当する ものに○をして ください。	該当者	1. 被保険者分    2. 被扶養者分	提出理由	1. 減 失    2. き 損 3. その他( )				
該当者が 被扶養者の 場合記入	①	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄
	②	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄
	③	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄

◎き損による再交付の場合は、必ず資格確認書を添付してください。

事業主 の 証 明	上記のとおり、被保険者から交付の申請がありましたので、提出いたします。	
	年 月 日	
	事務所所在地	
	事務所名称	
	事業主氏名	
電 話		

\_\_\_\_\_  
受付日付印

大気社グループ健康保険組合