

常務理事	事務局長	部 長	課 長	扱 者	

健康保険 資格確認書 **滅失** 再交付申請書
き損

申請日 令和 6年 12月 20日

被 保 険 者 欄	記号	1100	氏名	鹿児島 やよい		
	番号	99	生年月日	昭和 平成	2年	3月 6日
	住所	〒133-XXXX 東京都 都 道 区 〇〇 町3-1-202 東京 府 県 ××区 〇〇 電話番号 03 (0000) XXXX				

再 交 付 対 象 者	チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	再交付の理由	
	☒	被保険者(本人)分	☒ 滅失 ☐ き損		
	の被 扶 養 者 の 資 格 確 認 書 (氏名を記入)		昭和 平成 令和	年 月 日	☐ 滅失 ☐ き損
			昭和 平成 令和	年 月 日	☐ 滅失 ☐ き損
			昭和 平成 令和	年 月 日	☐ 滅失 ☐ き損
資格確認書を滅失したときの状況(詳しくご記入ください) 引っ越しの際に、荷物にしまい込んでしまったようで、紛失してしまった。					

- 滅失の場合は「資格確認書を滅失したときの状況」欄を必ず記入してください。
○ き損の場合は資格確認書を添付してください。

事 業 主 欄	上記のとおり再交付申請がありましたので、提出いたします。 令和 6年 12月 20日	
	事業所所在地	〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇
	事業所名称	いろはに株式会社
	事業主氏名	代表取締役 東京 太郎
	電話番号	03 (3291) XXXX

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等