

資格確認書再交付申請書

健保組合	
担当	再査

記号・番号は、日本生命健保オフィシャルHPに掲載の「資格情報のお知らせ」でご確認ください

記号	番号	被保険者氏名	住所
1100	1234567	日生 太郎	〒 541 - 8501 大阪 都道 大阪 郡市 中央区今橋3丁目5番12号 電話番号 06 - 123 - 4567
再交付を申請する者の氏名	被保険者との続柄	生年月日	再交付を希望する理由
日生 太郎	本人	元号 年 月 日 S H R 0 5 1 0 1 5	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 (紛失・盗難) <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()
	S H R		<input type="checkbox"/> 滅失 (紛失・盗難) <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()

滅失 (紛失・盗難) による再交付申請の場合は、下記の念書を差し入れしてください

資格確認書を紛失 (盗難含む) または破損して再交付を受ける場合は、

念 書

1. 滅失した資格確認書を後日発見した場合は、直ちに返却します。
 2. 今後、資格確認書の保管につき十分注意します。
 3. 滅失した資格確認書によって生じた一切の責任は、被保険者において負担し、貴組合に対し迷惑をかけないことを約束します。

R 6 年 12 月 15 日

被保険者氏名 **日生 太郎**

・金融機関の振込票 (またはATM入力画面) に必ず被保険者氏名を入力してください。
 ・振込控を裏面に貼付してください。

<振込先>

銀行名	みずほ銀行	支店名	大阪中央支店
預金種目	普通	口座番号	4 2 4 5 0 5 7
口座名義人	ニホンセイメイケンコウホケンクマイ		
※金融機関の振込票 (またはATM入力画面) に必ず被保険者氏名を入力してください。			

(注) 資格確認書の破損、汚損による再交付申請の場合は、その資格確認書を添付

日本生命の本店・東京本部在籍者は自身の「所属名・所属長名」を記入してください。

※在職中の者のみ事業所にて記入

事業所記入欄	事業所名称 (日本生命の本店・東京本部所属は被保険者の所属名)	事業主氏名 (日本生命は役職・所属長名)	所属コード ※日本生命のみ記入要