

資格確認書等再交付申請書

常務理事	事務長	担当

太枠内をご記入ください。

記号	番号	事業所名	所属
減失・き損者	本人・被扶養者	ふりがな	生年月日
紛失き損年月日	年 月 日	被保険者氏名	昭和 平成 年 月 日

該当者が被扶養者の場合ご記入ください。↓

ふりがな	続柄	生年月日	ふりがな	続柄	生年月日
氏名		昭和 平成 年 月 日 令和	氏名		昭和 平成 年 月 日 令和
ふりがな	続柄	生年月日	ふりがな	続柄	生年月日
氏名		昭和 平成 年 月 日 令和	氏名		昭和 平成 年 月 日 令和

資格確認書を紛失・盗難によりなくされた場合は、必ず警察署へ届け出てください。届出警察署及び届出年月日と受理番号を必ずご記入ください。

届出警察署	受理番号	届出年月日	年 月 日
-------	------	-------	-------

- ① 資格確認書 ・ 限度額適用認定証 ・ 高齢受給者証 ・ その他 ()
② 減失 ・ き損

上記のとおり再申請します。なお、紛失したことにより、大阪読売健康保険組合に費用が発生した場合には、私が責任を持って賠償します。また発見の場合は直ちに返納します。

年 月 日
大阪読売健康保険組合理事長殿

被保険者住所 〒 -
電話番号 - - 携帯番号 - -
氏名

き損の場合はき損された資格確認書を必ず添付してください。

2024.12月改定

備考

事業主住所氏名	〒 -
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	()
電話	

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印