

## 健康保険 資格確認書（再）交付申請書

下記の通り、資格確認書の交付について、申請いたします。

		届出日（記入日）		令和	7	年	5	月	23	日			
記号	●●	番号	●●●●●●●●	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	48	年	10	月	1	日
被保険者氏名		(フリガナ) トウヨウ タロウ 東洋 太郎											
現住所		(〒 581 - 0084 ) 大阪府八尾市植松町●-●-●● ●●●●マンション302号											
現在の勤務地	名称	東洋アルミニウム株式会社 八尾製造所											
	所在地	〒 ( 581-0082 ) 大阪府八尾市相生町4-8-1											
電話番号 (日中の連絡先)		072 ( 993 ) 1511											
交付が必要な方	氏名	性別	続柄	生年月日				交付の理由					
	東洋 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 48 年 10 月 1 日				<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 無余白 <input checked="" type="checkbox"/> その他					
	東洋 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 49 年 6 月 1 日				<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 無余白 <input checked="" type="checkbox"/> その他					
交付申請する詳細な理由・状況を記入してください。		まもなく有効期限を過ぎるため、交付申請いたします											

- <注意事項> 1. 棄損や有効期限切れなどの場合は、必ず健康保険資格確認書を添付してください。  
2. 紛失の場合は、念のため警察へ届け出てください。発見された紛失物は健保組合に返却してください。

### 事業主欄

上記の通り、被保険者から交付の申請がありましたので、届出いたします。

事業所所在地	(〒 581 - 0082 ) 大阪 都道府県 八尾市相生町4-8-1
事業所名称	東洋アルミニウム株式会社 八尾製造所
事業主氏名	所長 ●●●●
電話番号	072 ( 993 ) 1511

事業主（人事）の方が記入の上、健保組合に提出してください  
(捺印省略)

### 健康保険組合使用欄

資格確認書（再）交付日
年 月 日

決済	常務理事	事務長	係員