シ ナ ネ ン 健 康 保 険 組 合

**記入例**

| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|---|---|---|
| | | |

# 健康保険　資格確認書（再）交付申請書

シナネン健康保険組合理事長殿

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 提出日　令和　２年　９月　２０日 | |
| 健康保険証 | 記号 | ９９９ | 被保険者氏名 | 品川　次郎 | |
| | 番号 | ９９９９ | | | |
| 事業所名称 | シナネンホールディングス株式会社 | | | | |
| 再交付該当者 | 本人の場合 氏　名 | | | | |
| | 家族の場合 氏名 | 品川　京子 | | 続柄 | 妻 |
| | | | | 続柄 | |
| | | | | 続柄 | |
| 申請理由 | １．滅失　　滅失・き損した日　令和　２年　９月　１５日<br>２．き損　　詳しく記入<br>（いずれかに〇）<br>財布に入れていたら、字が消えて読めなくなった。<br>＊き損の場合は申請書に保険証を添付して下さい。 | | | | |
| 警察の届出（滅失の場合） | 警察名 | き損の場合は届出不要　令和　年　月　日届出 | | | |
| | 届出番号 | | | | |

■提出ルート：申請者→事業主（担当人事）→シナネン健保

| | |
|---|---|
| 事業主証明 | 上記申請について相違ないことを証明いたします<br>住所<br>氏名 |

| 受付 |
|---|
| |