

※ 健 保 使 用 欄	
滅失・盗難・毀損・無余白・その他	
再交付手数料徴収の可否	振込み確認日
徴収 ・ 否	(和暦) 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 資格確認書 再交付申請書

受付日付印

- 毀損および住所欄の無余白の場合は、この申請書に資格確認書を添付してください
- 滅失した場合は、1枚につき2000円の再交付手数料が必要となります(手数料は理由の如何に係わらず返金致しません)
 - 再交付手数料の振込は「被保険者氏名」で、お願い致します。また振込手数料は被保険者負担となります
 - 振込用紙に住所、被保険者氏名の記載が無い場合、入金確認が出来ず資格確認書が発行出来ません
- 「盗難」での申請の際は、必ず**警察の盗難届の受理票のコピーを添付**してください。
- 処理手順:再交付申請書を各事業所人事総務担当者へ提出→カシオ健保より「振込用紙送付先」に振込用紙を送付
→約1週間を目処に手数料振込→入金確認後、資格確認書発行し人事総務担当者へ送付→人事総務担当者より申請者へ資格確認書送付
- 健保受領日より3ヶ月経過しても再交付手数料が入金されない場合は、本書類は破棄させていただきます

被保険者欄	記号・番号		生年月日 (和暦)	昭和 平成	年	月	日
	氏名						
	振込用紙 送付先	社内便宛先	※送付先はどちらか一方を選択してください				
	住所	〒					
対象者欄	氏名		生年月日 (和暦)	年	月	日	続柄
	滅失した年月日	令和	年	月	日	滅失した場所	
理由欄	滅失した時の状況・事由または再交付を申請する事由						
署名欄	カシオ健康保険組合 理事長 殿	(和暦) 年 月 日					
	被保険者氏名						

- ※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。
- ※ 滅失事由が盗難の場合は、申請書事由欄にその概要を記載し遺失・盗難届提出先を必ずご記入ください。
遺失届の場合は紛失となりますので手数料をお振り込み下さい。

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	遺失・盗難届提出先
	事業所所在地	警察署名
	事業所名称	警察署電話番号
	事業主氏名	- -
	電話番号	受理番号
		届出名 遺失 ・ 盗難