

健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長		担当
※押印不要（健保使用欄）			

事業所 健保担当者
※事業所の 健保担当者 が押印

## 資格確認書交付申請書

↓太枠内を記入してください

被保険者等 記号	101	番号	12345	資格取得 年月日	平成 令和	23年	10月	1日
事業所名	(株)JVCケンウッド			所属	〇〇部△△グループ			
被保険者氏名	健保 太郎			被保険者 生年月日	昭和 平成	××年	××月	××日
交付対象者の 氏名	健保 花子、健保 一郎			交付対象者が複数の場合、 対象者をすべて記入				
申請理由 (詳しく)	屋外での滅失、盗難による場合は警察に届出を出した年月日と届出した場所（〇〇警察署等）を記入してください 令和××年×月×日、〇×病院の受診後、帰宅中に紛失した事に気づき、病院を含め探したが見つからないため。 令和××年×月△日、〇□警察署に遺失届提出済み。							
令和	××年	××月	××日	入金と申請書の両方が健保にて確認でき次第、交付します。 (記入例は2名分のため2,000円)				
上記のとおり滅失・棄損につき交付願います。以下の納付方法で手数料を支払います。 ※交付手数料納付方法 銀行振込 (計 2,000円) 振込予定日 ××年 ××月 ××日 銀行名 りそな銀行 八王子支店 口座番号 普通預金 1834971 名義 JVCケンウッド健康保険組合 (ジェイブイシーケンウッドケンコウホケンクマイ) ※振込手数料はご本人負担となります								
資格確認書交付に伴う始末書								
このたびの交付に伴い起因する一切の事故について、その責任を当方にて負います。								
JVCケンウッド健康保険組合 殿								
住所 東京都△〇□市〇〇町×××一××								
被保険者 氏名 健保 太郎								

上記のとおり相違ないことを証明いたします

JVCケンウッド

事業所

事業主

(印)

※事業主（会社）記入欄のため  
記入不要

受付印