

健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長		担当

事業所 健保担当者
年 月 日

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		番 号		資格取得 年 月 日	平成 令和	年	月	日
事業所名					所 属				
被保険者氏名					被 保 険 者 生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日
交付対象者の 氏 名									
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 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 円) (1通 1,000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ミアイ) ※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 被保険者 氏名									

上記のとおり相違ないことを証明いたします

JVCケンウッド健康保険組合 殿

事業所 所在地
名称
事業主 氏名
(代理人)

受 付 印