

| | | | | | | | |
|-----------|-----|----------|-----|-------------|------|-----|---|
| 組合 記入欄 | 入金日 | 令和 年 月 日 | 入金額 | 500円/枚×名= 円 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | 交付日 | 令和 年 月 日 | 備 考 | | | | |

組合使用欄

被保険者（本人）記入例

再交付費用: 対象者1名につき500円

資格確認書の再交付はいたしません*

| | | | | | |
|--------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者情報 | 記号・番号 | 記号(左づめ) | 番号(左づめ) | 生年月日 | |
| | | <input type="text"/> X <input type="text"/> X <input type="text"/> X <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> O <input type="text"/> O <input type="text"/> O <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 2 年 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 1 月 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 日 | |
| | 氏名 | フリガナ ニッキ タロウ | | | JGC ID ※YOC4社の方 |
| | | 日揮 太郎 | | | <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | 郵便番号 | 2 2 0 0 0 1 2 | | 電話番号 | 0 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 住所 | 都道府県 神奈川 横浜市西区みなとみらい4丁目5番6号 グリーンヒルズ横浜 203号室 | | | | |

| | | | | |
|------|-------|------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 対象者欄 | 対象者 | <input type="text"/> 1 | 1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 | |
| | 被保険者 | フリガナ 氏名 同上 | 生年月日 | 申請事由 |
| | 被扶養者① | フリガナ 氏名 同上 | 生年月日 | <input type="text"/> 滅失 <input type="text"/> き損 |
| | 被扶養者② | フリガナ 氏名 同上 | 生年月日 | <input type="text"/> 滅失 <input type="text"/> き損 |
| | 被扶養者③ | フリガナ 氏名 同上 | 生年月日 | <input type="text"/> 滅失 <input type="text"/> き損 |

| | | | |
|-----------|--------------------------|--|--|
| 事由 詳細等 | 出勤時に資格確認書が入った財布を盗まれた。 | | |
| | 資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。 | | |

【注意事項】

1. き損の場合は、き損した資格確認書を添付してください。
2. 再交付費用の振込については、当組合で申請書を受理し、マイナ保険証の状況を確認した後にご案内いたします。

| | | |
|----------|---------------------------------------------------------------------|--|
| 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。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 | |
| | 事業主の証明 (任継・特退は記入不要) | |

| | |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記入欄 | |
|-----------------------|--|

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|