

常務理事	事務長	担当	担当

健康保険 資格確認書交付申請書 (新規・更新・紛失・き損)

被保険者の 記号・番号		1	12345	被保険者 氏 名		京瀬良 太郎		
社員コード					被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	5 年 1 月 2 日	
在籍事業所		京セラ(株)本社						
交 付 申 請 の 事 由	交 付 を 希 望 す る 者	続柄	氏名	生年月日		交付の理由		
		長男	京瀬良 晃	昭和 平成 令和		2 年 11 月 6 日	1. 新規 2. 紛失 (□カード証 □確認書) 3. き損 (□カード証 □確認書) 4. 更新	
				マイナンバーカードの有無		☐ 有 ☒ 無		
				昭和 平成 令和		年 月 日	1. 新規 2. 紛失 (□カード証 □確認書) 3. き損 (□カード証 □確認書) 4. 更新	
	マイナンバーカードの有無			☐ 有 ☐ 無				
			昭和 平成 令和		年 月 日	1. 新規 2. 紛失 (□カード証 □確認書) 3. き損 (□カード証 □確認書) 4. 更新		
			マイナンバーカードの有無		☐ 有 ☐ 無			
	紛失した書類を発見したときはただちに返納いたします。 なお、万一紛失した証が不正に使用された場合は私が一切の責任を負います。 上記のとおり、資格確認書交付を申請します。 令和 年 月 日 京セラ健康保険組合 理事長殿 住所 京都市伏見区武田6番地 被保険者 氏名 京瀬良 太郎 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け出します。 所在地 事業所名称 事業主氏名							

※資格確認書をき損した場合は、その書類を添付してください。
※悪用される恐れがありますので、必ず警察に届け出てください。

京セラ健康保険組合