

注：滅失・き損・回収不能届の
いずれかに○をして下さい。

「資格確認書」 滅失 再交付願
(兼 回収不能届)

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	サブリーダー	係

被保険者証の記号番号	記号	番号	再 交 付 対 象 者					
			対 象 者 氏 名	続 柄	生 年 月 日			
事 故 発 生 の 年 月 日 お よ び 場 所		年 月 日 (頃)			昭平令	年	月	日
					昭平令	年	月	日
					昭平令	年	月	日
滅 失 ま た は き 損 し た 事 由 (具 体 的 に)					昭平令	年	月	日
					昭平令	年	月	日
					昭平令	年	月	日
					昭平令	年	月	日
					昭平令	年	月	日

※ き損となった保険証を添付して下さい。

受付日付印

上記のとおりにつき再交付をお願いします。なおこれにより生じた一切の損害賠償債務についての責任を負います。

令和 年 月 日

被保険者の 印
住 所・氏 名

上記は事実に相違なく、これにより生じた損害賠償債務を
保証します。

事業所の名称
事業主の氏名

令和 年 月 日

殿

「資格確認書」再交付通知書

(兼 回収不能届)

本人の被保険者証

受 領 印

※

被保険者証の記号番号	記号	番号	再 交 付 対 象 者					
			対 象 者 氏 名	続 柄	生 年 月 日			
事 故 発 生 の 年 月 日 お よ び 場 所	年 月 日 (頃)				昭平令	年	月 日	
					昭平令	年	月 日	
					昭平令	年	月 日	
滅 失 ま た は き 損 し た 事 由 (具 体 的 に)					昭平令	年	月 日	
					昭平令	年	月 日	
					昭平令	年	月 日	
					昭平令	年	月 日	

(注) 被保険者証を再交付する際、※欄に印に本人の受領印を受けて下さい。

上記については申請のとおり再交付しますので通知します。

令和 年 月 日

NXグループ健康保険組合 理事長

印