

収入決議書	款	項	目	大節	中節	小節
	8	7	4			
決定の額		万	千	百	拾	円

常務理事	事務長	扱者

健康保険(被保険者証・資格確認書) 滅失 申請書

令和 5 年 4 月 1 日提出

被保険者等 記号一番号 不明の場合は社員番号	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇〇	フリガナ 被保険者 氏名	ダイ タロウ 大和 太郎
所 属 (在籍者のみ)	会 社 課・グループ	大和証券(株) 〇〇課	部室店 連絡先電話番号
			〇〇支店 000-000-0000
(自宅) 住 所 電話番号	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション 〇〇号室 電話番号 000-000-0000		
申請枚数	2 枚	費用 (@1,000円×枚数)	2,000 円
費用 振込口座	三菱UFJ銀行 八重洲通支店 普通預金 1693249 大和証券グループ健康保険組合	* 費用の納付は振込以外受け付けません。 * 振込手数料はご自身でご負担ください。 * 振込に際して依頼人名には、本人名に加え（サイコウフ）と 追記願います。 * 後日、紛失した保険証・確認書を発見しても費用の返戻はできません。 * 発見した保険証・確認書は必ず健康保険組合へ返却して下さい。	
	大和ネクスト銀行 ビシャモン支店 普通預金 2100823 大和証券グループ健康保険組合一般口		

対象者 * 被保険者本人 の紛失時は 本人名も記載が 必要です。	氏 名	性別	生 年 月 日	続柄
	大和 花子	男 女	令和 1 年 8 月 8 日	長女
		男 女	年 月 日	
		男 女	年 月 日	
申請理由 (詳細記入)	〇月〇日〇〇時ころ、帰宅途中〇〇駅付近で紛失。 〇月〇日 〇〇警察に届出済み			

キヤッショ・クレジットカードのように使用の一時停止・無効の処置はできません。

原因が明らかで第三者にわたる可能性がない場合を除き、速やかに警察へ届出を行ってください。

◆任継・特退の方は、住民票を添付して下さい。

◆退職時に返却できない方・在籍者は、事業所の証明をもらってください。

(事業主の証明)
今後滅失することのないよう 周知徹底をはかります。

事業所 名称
所在地
事業名