

資格確認書返却申請書

申請日 年 月 日

日中連絡の取れる電話番号または内線番号

()

被保険者情報	記号・番号	記号 番号	社員番号	法人コード	店部コード
	氏名	フリガナ	生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日

対象者欄	対象者	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	生年月日	申請理由
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

理由欄	1 : 滅失していた資格確認書が見つかったため 2 : マイナ保険証の利用登録をしたため 3 : その他 ()
-----	--

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
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	

受付日付印

以下、記入および押印はしないでください。

常務理事	事務長	マネジャー	担当者

セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合