

交付年月日		
常務理事	事務長	担当

再交付願  
資格確認書 / 高齢受給者証

住友商事健康保険組合理事長

提出年月日 令和 年 月 日

記号・番号	—	事業所の 名称		
被保険者名	⑩ 署名する場合、押印を省略可		所属部署名	
被保険者の住所	〒 —		連絡先 電話番号	(自宅・会社・携帯)
再交付が必要な方の 氏名を記入の上 再交付が必要な証に ○印をつけてください。 (資格確認書の場合は、 交付方法を選択ください <WEBまたは紙>)	再交付が必要な方の氏名	続柄	再交付が必要な証	
			資格確認書 ・ 高齢受給者証 (WEB <input type="checkbox"/> / 紙 <input type="checkbox"/> )	
			資格確認書 ・ 高齢受給者証 (WEB <input type="checkbox"/> / 紙 <input type="checkbox"/> )	
			資格確認書 ・ 高齢受給者証 (WEB <input type="checkbox"/> / 紙 <input type="checkbox"/> )	
理 由 (該当する項目に○印)	滅 失 (滅失した日 平成 令和 年 月 日) 毀 損 無余白			
被保険者送付先住所・氏名 (被保険者住所・氏名と異なる 場合のみ記載してください)	〒 —			

上記のとおり被保険者から証再交付申請がありましたので、届出いたします。  
なお、今後は、滅失または毀損することのないよう充分指導いたします。

令和 年 月 日

事業所 所在地

名称

代表者 氏名