

東京都報道事業健康保険組合理事長 殿

健康保険資格確認書等の直接交付に係る申立書

下記内容に基づき、健康保険資格確認書等の直接交付を申しいたします。

事業所名		
被保険者等記号・番号	(記号)	(番号)
被保険者氏名 ※被保険者氏名は必ずご記入下さい。ただし、被扶養者の分のみを交付する場合、被保険者氏名欄の「交付区分」のチェックは不要となります。	交付区分	
	<input type="checkbox"/> 資格確認書	
被扶養者氏名 ※資格確認書等を交付する対象者の氏名と「交付区分」をご記入下さい。	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
	<input type="checkbox"/> 資格確認書	
	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
	<input type="checkbox"/> 資格確認書	
	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
	<input type="checkbox"/> 資格確認書	
直接送付の理由 (注1)健康保険法により事業主が被保険者に交付することを基本としています。そのため、理由によっては、被保険者に直接送付できない場合があります。 (注2)被保険者等が、早急に資格確認書等を必要としている場合であって、事業所を経由した場合、著しく日数を要する場合など具体的に記載してください。	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
	<input type="checkbox"/> 資格確認書	
送付先住所 ※返信用封筒を必ず添付下さい (切手貼付は不要です)	(〒 -)	

事業所所在地	〒
事業所名	
事業主名	
連絡先	

受付日付印

※災害などやむを得ない事情で事業所が機能せず事業主経由での申請が困難な場合は事業所欄
事業所欄の記載は省略することができます。