

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

常務理事	事務長	担当

保険給付決定支払通知書（共済会・GLTD提出用）再交付依頼書

依頼者情報	申請年月日	令和 年 月 日	事業所（会社）の名称	
	被保険者等 記号・番号	記号	番号	(7)ガナ
		被保険者氏名		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	被保険者住所	(〒 -)		
	電話番号	()		
	送付先住所 <small>※被保険者住所と異なる場合のみ記入</small>	(〒 -)		
交付希望日	令和 年 月 日 まで ※余裕をもってご依頼ください。			

依頼内容	既に受領済みの「保険給付決定支払通知書」を紛失したため、下記の期間について再交付を依頼します。			
	支給年月日	支給対象期間		
	令和 年 月 日	第 回目	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日
	令和 年 月 日	第 回目	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日
	令和 年 月 日	第 回目	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日
	令和 年 月 日	第 回目	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日

事業主の証明	上記依頼内容に相違ないことを証明する。		
	令和 年 月 日		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名 電話番号		

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印
