

更新者	確認者	MG	AMG	TL	スタッフ

決定通知書 再交付依頼書

令和 年 月 日

東京都情報サービス産業健康保険組合 御中

標記の件につき、下記のとおり依頼をいたします。

記

【記入欄】

事業所記号		事業所名称	
事業主名		事業所所在地	
担当者名		電話番号	
申請理由			
対象届書申請年月日	年 月 日 ※わかる範囲でご記入ください		
対象届書申請方法	<input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> TJK 独自の電子申請 <input type="checkbox"/> マイナポータル		

再交付希望対象の届書に✓を入れ、必須記載事項を下部の記入欄へご記入ください。

対象者が複数名いる届書の決定通知書の場合、代表の1名分の番号と漢字氏名をご記入ください。

	届書	必須記載事項
<input type="checkbox"/>	資格取得届	①被保険者番号 ②漢字氏名
<input type="checkbox"/>	資格喪失届	①被保険者番号 ②漢字氏名
<input type="checkbox"/>	算定基礎届	①適用年度 ②被保険者番号 ③漢字氏名
<input type="checkbox"/>	月額変更届	①被保険者番号 ②漢字氏名 ③改訂年月
<input type="checkbox"/>	賞与支払届	①賞与支払年月日 ②被保険者番号 ③漢字氏名
<input type="checkbox"/>	扶養異動届（不認定含む）	①被保険者番号 ②被扶養者漢字氏名 ③認定／削除／不認定
<input type="checkbox"/>	住所変更届	①被保険者番号 ②漢字氏名

※発行より2年が経過した決定通知書は再交付できません。