

健康保険 資格確認書

減失
き損

(再)交付申請書

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

被保険者情報	被保険者等 記号		被保険者等 番号		氏名	フリガナ 氏	名
	生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日	電話番号	—	—	備考

対象者欄	氏名	生年月日	続柄	申請理由
	フリガナ 氏	5 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択して 記入してください
	氏名	フリガナ 氏	氏名	
減失した時の状況(※⑧・⑨を選択した場合のみ必ず記入してください)				備考

理由欄	① マイナンバーカードを紛失したため ② マイナンバーカードの更新手続き中のため ③ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため ④ マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため ⑤ マイナンバーカードを作っていないため ⑥ マイナンバーカードを返納したため ⑦ マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため ※⑧ 資格確認書を減失・き損したため ※⑨ 健康保険証を減失・き損したため
-----	--

被保険者欄	うえの届出書に記載したとおり、資格確認書の交付を希望いたします。 なお、減失した資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。		令和	年	月	日
	〒	—				
	被保険者の住所					
	電話番号	—	—			
	氏名					

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。	
	〒	—
	事業所の所在地	
	事業主名	
	電話番号	— —

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付印