

健康保険 資格確認書 滅失 (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		
	生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	氏	名
	電話番号	—				備考	

対象者欄	氏名	生年月日	統柄	申請理由	
	フリガナ 氏 名	5 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日	—	下記、理由欄より必ず選択して記入してください
	滅失した時の状況(※⑦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 ④マイナンバーカードを作っていないため ⑤マイナンバーカードを返納したため ⑥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 ※⑦資格確認書を滅失・き損したため	<p>→</p> <p>①を選択し、市区町村にてマイナンバー(個人番号)を変更した場合は、別途様式「個人番号届」にて新しいマイナンバー(個人番号)を届け出てください。</p>

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、滅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
	—	—	—
	被保険者	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
	名	称	
	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