

正

# 健康保険資格確認書 滅失/(再)交付申請書

届出書類は、正・副  
共にご提出ください

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者情報		記号・番号または個人番号のいずれかを記載ください。																
被保険者等 記号番号	記号	番号				個人 番号	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	フリガナ	ケンボ イチロウ					生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	×	×	年	×	×	月	×	×	日	
氏名	健保 一郎																	
居所住所	〒 ×××-×××× 東京都江東区豊洲 ×-×-×-×××					連絡先	××-×××××-××××											

(再)交付届															
該当者氏名	健保 一郎				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	×	×	年	×	×	月	×	×	日
(再)交付 の理由  (該当する ものに✓)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失したため…以下の滅失・盗難届にもご記入ください <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書を紛失したため…以下の滅失・盗難届にもご記入ください <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの更新手続き中のため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 被災のため…市役所から発行される罹(被)災証明書を添付してください <input type="checkbox"/> 健康保険証紛失のため <input type="checkbox"/> その他 ( )														
	<input type="checkbox"/> 資格確認書を破損したため…破損した資格確認書を申請書に添付してご提出ください 破損の理由 ( )														

上記のとおり再交付について申請します。

退職等により資格確認書の再交付を希望されない場合は、滅失・盗難届の欄のみ記入ください

滅失・盗難届	該当者氏名	健保 一郎				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年 ××月 ××日 <input type="checkbox"/> 令和
	滅失した時の 状況	資格確認書を入れたカバンを電車内に忘れたため					
	上記の理由のとおりマイナンバーカード/資格確認書を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。 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 ××日				被保険者名		健保 太郎
	※警察へ届けた際、「遺失」/「盗難」のどちらで受理されたかのご確認をお願いします。					警察受理	<input checked="" type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 盗難(被害)
遺失日	令和 ××年 ××月 ××日	遺失・盗難届出日	令和 ××年 ××月 ××日				
盗難日						届出受理番号	××××
届出警察署	××警察署						

【事業主記載欄】事業主の確認により本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。  
 本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。  
 本人署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

社会保険 提出代行	事業主様でご確認、ご記入ください
--------------	------------------

備考欄	
-----	--

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	事業主印
--------------------------	------

受付日付印
-------