＊対象者1名につき、1枚ご提出ください。
＊棄損（汚損・破損）のときは、対象となる資格確認書を添付してください。
＊有効な被保険者証またはマイナ保険証を有している方へは原則交付できません。

令和　　年　　月　　日提出

健保組合			事業所担当者の確認印
常務理事	グループ長	担当者	日付印

健康保険資格確認書

□交付申請書
□再交付申請書
□紛失届(再交付不要)

←いずれかに☑して下さい。

被保険者情報

被保険者記号		被保険者番号			
被保険者氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） （氏）	（名）	被保険者生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年　月　日
事業所名			所属	部	室・グループ 課 ・ 工場
自宅電話番号			職場電話番号	（外線）	（内線）
自宅住所	（〒　　－　　）				

紛失／再交付対象者情報

対象者氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） （氏）	（名）	対象者の生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年　月　日　続柄
申請対象証	資格確認書		事由発生日	1.平成 2.令和	年　月　日
申請に至った状況	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.滅失・棄損（汚損・破損）したため 【下記誓約書欄に署名が必要】				

誓約書

※申請に至った状況「8.滅失・棄損（汚損・破損）したため」の場合のみ署名が必要。

1.紛失した資格確認書が万一不正使用された場合には、私がその一切の責任を負います。
2.紛失した資格確認書が見つかった場合は、直ちに返納いたします。

被保険者氏名

＜紛失に関する留意事項＞
○紛失した資格確認書の利用停止や無効にすることはできません。必要に応じて警察署へ届け出てください。
○再交付時に健康保険被保険者番号を変更することはできません。
○健康保険被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、下記「備考」欄に記入してください。
（マイナンバーを記入した場合は、マイナンバー確認及び本人確認のための書類の添付が必要となります。）

受付日付印

備考

健保記入欄	□ 確認書滅失済（R　.　.　）	有効な証・マイナ証	□ 有
	□ 回収済（R　.　.　）		□ 無（確認書発行日R　.　.　）

日本製鉄健康保険組合　R6.12改訂