

常務理事	事務長		担当

健康保険資格確認書

滅失・破損 再交付 申請書

被保険者 者が記入 するところ	被保険者等 の記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年月日	平成 令和	年	月	日	
	被保険者 氏名	フリガナ				被保険者 住 所	〒						
	所属会社名 部署名												
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失 (紛失・盗難・不明) 2. 破損 (印字のかすれを含む) 3. その他 ()											
	再交付 (該当するものに○を)	1. 必要 2. 不要											
	該当者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分											
	該当者が被扶養者 の場合記入	①	フリガナ				続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		②	フリガナ				続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		③	フリガナ				続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	滅失の場合はその場所	1. 自宅 2. 自宅以外() →警察への届出必須											
警察への届出状況	有・無	届出先	警察署	届出日	令和	年	月	日	No				
滅失又は破損した ときのその状況	※できるだけ具体的にご記入ください												

◎資格確認書の破損のための再交付申請であるときは、破損した資格確認書を、この申請書に添付してください。

健康保険資格確認書(滅失の場合のみ記入)

上記の申請書に記載したとおり、健康保険資格確認書を滅失しました。
今後は取扱いに十分注意します。なお、健康保険資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。
滅失した健康保険資格確認書によって保険給付等に事故が発生した場合は一切の責任を負います。

令和 年 月 日 被保険者氏名

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	受付日付印
事業所名称	
事業主氏名 電話	
社会保険労務士の提出代行	