健保決裁欄	常務理事	検	検	検	担当者

事業所	所属長	担当者

受付印

健康保険 資格確認書 交付・再交付申請書

被保険者記入欄

健康保険 記号	健康保険 番号	被保険者氏名	生年月日
			昭和 平成 令和 年 月 日

被保険者住所

〒 ー　　電話番号:(　　)

都道府県

対象者

1. 被保険者(本人)分のみ　2. 被扶養者(家族)分のみ　3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分　※1～3のいずれかに○

	氏名	生年月日	申請理由
被保険者		昭和 平成 令和 年 月 日	□ 下記の理由欄より、理由番号を必ず選択ください
被扶養者①		昭和 平成 令和 年 月 日	□ 下記の理由欄より、理由番号を必ず選択ください
被扶養者②		昭和 平成 令和 年 月 日	□ 下記の理由欄より、理由番号を必ず選択ください
被扶養者③		昭和 平成 令和 年 月 日	□ 下記の理由欄より、理由番号を必ず選択ください
被扶養者④		昭和 平成 令和 年 月 日	□ 下記の理由欄より、理由番号を必ず選択ください

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. 資格確認書を滅失・毀損したため　※「滅失」の場合は必ず警察へ届け出るようにしてください。

（滅失・毀損の原因を詳しく記入してください。　　）

滅失の場合のみご記入ください

最近受診した医療機関	所在地	
	名称	(　　科)
警察等への届出	届出済 ・ 未届け（理由:	
	届出先(　　警察・派出所)	令和　年　月　日届出
	滅失・盗難届 受付№.(　　)	担当官氏名(　　)

＜誓約書＞

上記のとおり、私は健康保険資格確認書を滅失しました。
再交付を受けた場合、取扱いについては十分注意いたします。また、滅失した資格確認書によって生じる一切の責任を負うとともに、貴組合に係る損害については全額負担いたします。
なお、旧資格確認書を発見した場合はただちに返納いたします。
以上、誓約いたします。

令和　年　月　日

サンヨー連合健康保険組合 理事長 殿

被保険者氏名:

※以下は、任意継続被保険者の方は記入不要です。

事業主記入欄

上記のとおり被保険者より交付の申請がありましたので届出いたします。

令和　年　月　日

事業所所在地
事業所名称
事業主