

正

健康保険資格確認書 滅失/(再)交付申請書

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												
氏名	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和											
						<input type="checkbox"/> 平成											
居所住所	〒				連絡先	-				-							

(再)交付届																	
該当者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和														
(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 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		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和																								
	滅失した時の 状況	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 _____																										
	※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 type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 盗難(被害)														
	遺失日 盗難日	令和				年				月				日	遺失・盗難 届出日	令和				年				月				日
	届出 警察署					届出 受理番号																						

【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。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		備考欄	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		受付日付印	

副

健康保険資格確認書 滅失/(再)交付申請書

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										
氏名	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和									
						<input type="checkbox"/> 平成									
居所住所	〒				連絡先	-		-							

(再)交付届														
該当者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和											
			<input type="checkbox"/> 平成											
			<input type="checkbox"/> 令和											
(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 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		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和											
				<input type="checkbox"/> 平成											
				<input type="checkbox"/> 令和											
	滅失した時の 状況	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 _____													
	※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 type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 盗難(被害)											
遺失日 盗難日	令和				日	遺失・盗難 届出日	令和					日			
届出 警察署					届出 受理番号										

【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。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

備考欄	
-----	--

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

受付日付印	
-------	--