

決裁日付印

常務理事	事務長	事務課(係)長	係

健康保険 被保険者証等 滅失届 兼 資格確認書交付申請書

※太線内、丁寧に記入ください。

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 名			性 別	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
被 保 険 者 の 現 住 所	〒 _____					
被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	記 号			番 号		
該 当 す る も の	<input type="checkbox"/> 健康保険証	滅失(き損)した ときの状況				
	<input type="checkbox"/> 資格確認書					
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証					
交 付 申 請 の 対 象 者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人のもの)			マイナ保険証をお持ちの場合、 資格確認書は交付しません		
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族のもの)→下記に該当する家族の氏名					
	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日	続柄
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
資格確認書の交付を希望する場合には、該当する理由に☑してください。						
<input type="checkbox"/>	マイナンバーカードを紛失した・更新中		<input type="checkbox"/>	健康保険証の利用登録を解除した		
<input type="checkbox"/>	マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が資格確認を補助する必要がある		<input type="checkbox"/>	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		
<input type="checkbox"/>	マイナンバーカードを取得していない		<input type="checkbox"/>	マイナンバーカードを返納した		
<input type="checkbox"/>	健康保険証の利用登録をしていない		<input type="checkbox"/>	その他		
<注意> 健康保険証は、発行しません。マイナ保険証の使用が基本です。 健康保険証をき損した場合には、その証を添付して申請ください。						

マイナ保険証を紛失し、マイナンバーが変更となった場合には、変更後のマイナンバーを会社に提出してください。

上記の通り、被保険者から交付の申請がありましたので届出いたします。	
事業所所在地	〒 _____
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

受付日付印