

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、丁寧にご記入ください。

令和 0 年 0 月 0 日 提出

被保険者名	健保 太郎			性別	生年月日
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 40 年 10 月 13 日 <input type="checkbox"/> 平成
被保険者の現住所	〒 111 - 1111 神奈川県横浜市〇〇区〇〇〇町1-1-1				
被保険者証の記号と番号	記号	1000	番号	123456	
該当するもの	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証	滅失(き損)したときの状況	外出先で財布を落としてしまった。		
	<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 checked="" 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
	<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 checked="" 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。

受付日付印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

(保険証書式1)