

常務理事	事務長	事務課(係)長	係

健康保険 資格確認書(再)交付申請書 兼 滅失届

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。【注意】マイナンバーカードを健康保険証として使用できる方には交付できません。

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) 1 0 0 0	番号(左つめ) 1 2 3 4 5 6	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	5 0	1 0	1 3	日
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎						

対象者欄	※ 対象者の氏名・生年月日・申請理由の各欄が全て入されていない方は発行いたしません							
	被保険者	フリガナ 氏名	同上	生年月日	同上	申請理由	3	下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和			下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和			下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者③	フリガナ 氏名		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和			下記、理由欄より必ず選択ください	

理由欄	<p>1 : マイナンバーカードまたは電子証明書の更新手続き中のため(これから更新手続きする場合を含む)</p> <p>2 : マイナンバーカードによる受付には第三者(介助者など)のサポートが必要なため</p> <p>3 : 資格確認書を滅失・き損したため(詳細: 使っているうちに資格確認書が破れてしまった)</p> <p>4 : マイナンバーカードを持っていないため(マイナンバーカードを紛失、未作成、変更済み) ※1~3に該当しない時に選択可</p> <p>5 : 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 ※1~3に該当しない時に選択可</p> <p>6 : その他(詳細:)</p>
-----	---

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請書	き損した資格確認書は、健康保険組合へ返却する必要があります。この書類に添付して、提出してください。						
	申請代行者の氏名	フリガナ						
	申請代行者の居所			電話番号 (日中の連絡先)				

送付先	原則、会社で健康保険に加入の方は職場、任意継続の方はご自宅へ送付します。特別な理由がある場合、以下を記入ください。							
	資格確認書送付先情報	郵便番号 (-)						宛名
		都 道						
		府 県						

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。							
	事業所所在地							
	事業所名称							
	事業主氏名							
	電話番号							
社会保険労務士の提出代行者名記入欄								受付日付印