

常務理事	事務長	課長	係員

事業所	確認者	担当者

健康保険 資格確認書  滅失  き損 再交付申請書

被保険者情報	記号・番号	16 01 - 123456	フリガナ	ケンコウ タロウ	被保険者氏名	健康 太郎
	被保険者住所	〒000-0000 東京都〇×区 1-2-3 ☎ 00 ( 0000 ) 0000		生年月日	昭和 平成 令和 ○〇年 ○〇月 ○〇日	
	被保険者が勤務している事業所			資格取得年月日	平成 令和 ○〇年 ○〇月 ○〇日	

被保険者チェック欄	被保険者(本人)分 <input checked="" type="checkbox"/> ※被保険者(本人)の再交付が必要な場合 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。					
再交付申請する対象者	フリガナ 氏名	ケンコウ ハナコ	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和 ○〇年 ○〇月 ○〇日
	フリガナ 氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	フリガナ 氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	資格確認書を滅失したときの状況(詳しくご記入ください) 引越しの際にどこかへ紛れてしまい、探したが見つからないため。					

事業主の証明

上記のとおり被保険者から資格確認書の再交付申請の申出がありましたので事実と相違ないことを証明します。  
なお、今後は資格確認書を滅失又はき損することのないよう周知徹底をはかります。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
電話番号

記入不要

【注意事項】

1. 標題の「滅失」「き損」のうち該当する□にチェックを入れてください。
2. 「き損」の場合はき損となった資格確認書を添付してください。
3. 滅失した資格確認書を発見したときは、直ちに、発見した資格確認書を返納してください。

決裁日付印	確認日付印	受付日付印