

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 再交付申請書
 き損

被保険者情報	健康保険の記号・番号	16 -	被保険者氏名	フリガナ
	被保険者住所	〒	☎ ()	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 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 年 月 日

被保険者チェック欄	被保険者(本人)分 <input 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	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	
	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)			
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。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日 提出</div> 事業所所在地 事業主名称 事業主氏名				

【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