

【提出ルート】
申請者 → 事業所業務担当者 → 健保

常務理事	事務長	担当者

健康保険 資格確認書（再）交付申請書 兼 紛失届

☐ 交付申請書（新規） ☐ 再交付申請書 ☐ 紛失届（再交付なし）

被保険者情報	記号・番号	記号一番号	社員番号	生年月日
	氏名	フリガナ		
	事業所名			
	住所	〒 都 道 府 県 電話番号: ()		

対象者欄	対象者 (該当に○してください)	1. 被保険者(本人)分のみ 2. 被扶養者(家族)分のみ 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

理由欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため 2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため 3 : 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ため 4 : 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(利用登録を解除したため) 5 : マイナンバーカードを作っていないため 6 : マイナンバーカードを返納したため 7 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため 8 : 資格確認書(有効期限内の健康保険証を含む)を紛失したため【マイナ保険証の利用が出来ない方に限る】 ※警察へ届出を行ってください 9 : 資格確認書(有効期限内の健康保険証を含む)をき損したため【マイナ保険証の利用が出来ない方に限る】 ※お手元にある資格確認書または保険証を添付してください
-----	--

事業主記入欄	うえの申請について事実に相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
事業主氏名	事業所業務担当者 印

健保受付印

(改訂R6.12)