

記入見本

健康保険 資格確認書(再)交付申請書・滅失届

資格確認書の交付を希望する場合にご

個人番号は絶対に記入しないで下さい。

被保険者等の記号・番号が不明な場合はお問い合わせ下さい。

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|------------------|---|
| 被保険者情報 | 個人番号(マイナンバー) | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | 生年月日 | | | | | 性別 |
| | 阿込 太郎 | | | | | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 住所 | | | | | | | | | | 電話番号 | |
| (〒 ××× - ××××) | | | | | | | | | | ○○○ - ○○○ - ○○○○ | |
| ○○ 都道府県 ○○市○○1-2-3-123 | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-------|-----------------------|--|-------------|----------|
| 対象者欄 | 対象者 | <input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 | | |
| | 被保険者 | 氏名 | 生年月日 | 事由発生日 |
| | 対象者が被扶養者の場合は記載してください。 | | 同上 | 令和 年 月 日 |
| | 被扶養者 | 氏名 | 生年月日 | 事由発生日 |
| 阿込 華子 | | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 | 令和○○年○○月○○日 | |

| | |
|--|--|
| 再交付・滅失を選択 | この度、下記理由により資格確認書を |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 再交付 していただきたく申請いたします。 <input type="checkbox"/> 滅失 しましたのでお届けします。 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) |
| なお、滅失しました資格確認書については、万一事故が起こった場合は私が全責任を負いますとともに、資格確認書を発見したときは遅滞なく返却いたします。 | |

| | |
|------|---|
| 申請理由 | 【該当理由に <input checked="" type="checkbox"/> をして、発生時の状況を記載して下さい。】 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損(汚損) <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 【発生時の状況】 ◆申請理由がき損の場合は、必ず対象の資格確認書を添付して下さい。 8/10の15時頃、外出先で保険証が入った財布を落としたと思われます。心当たりの場所を全て探し、問合せしましたが見つかりませんでした。 |

| | | | | |
|------|--|--|----------------|---------------|
| 届出状況 | 紛失・盗難の届出をした警察署・派出所 (届出区分に <input checked="" type="checkbox"/> をして、全ての欄を記載) | | | |
| | 届出区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺失物届(紛失) <input type="checkbox"/> 被害届(盗難) | 名称 | ○○ 警察署 派出所 |
| | | 届出日時 | 令和6年8月15日 15時頃 | |
| | | 受付番号 | 6789号 | |

| | |
|------|---------------------------------|
| 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。 |
| | 令和 年 月 日 |
| | 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 |
|-------------------|

健康保険組合受付日

| 健康保険組合使用欄 | | |
|-----------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |