

# 健康保険 資格確認書 滅失届 兼 再交付申請書

理事長	常務理事	事務長	担当

被保険者情報	被保険者証の記号番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日
	—	フリガナ	昭和 年 月 日
			平成
			令和
被保険者の住所			
〒			

	氏 名		生 年 月 日			再交付の希望		再交付希望理由	
	被保険者	フリガナ	同上	昭和	同上	日	希望する <input type="checkbox"/>	希望しない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下記理由①～④から選択
交付希望対象者	被扶養者①	フリガナ	昭和	年	月	日	希望する <input type="checkbox"/>	希望しない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下記理由①～④から選択
	被扶養者②	フリガナ	昭和	年	月	日	希望する <input type="checkbox"/>	希望しない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下記理由①～④から選択
	被扶養者③	フリガナ	昭和	年	月	日	希望する <input type="checkbox"/>	希望しない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下記理由①～④から選択

再交付希望理由	① 盗難      ② 紛失      ③ 焼失      ④ き損
---------	------------------------------------

☆ 盗難・紛失・焼失した場合は、下記に記入してください。

資格確認書を 滅失した年月日		資格確認書を 滅失した場所	
資格確認書を 滅失した事由 (詳しく記入してください)			

上記のとおり被保険者から健康保険資格確認書の再交付申請がありましたので届出いたします。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	〒

受付印