

再交付用

常務理事

事務長

事務長補佐

担当

健康保険 資格確認書 再交付申請書

資格確認書を紛失・き損したために再交付を希望する場合はご使用ください

※ き損の場合は、き損した「資格確認書」を添付してください

マイナ保険証での受診へ切り替える場合は、資格確認書の再交付申請は不要です

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ) 生年月日	
	氏名	フリガナ	
	郵便番号	日中連絡が取れる電話番号	内線
	住所	都 道 府 県	

対象者欄	対象者	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

資格確認書減失の事由(紛失時期、場所、状況等、詳細をご記入ください)

申請事由

上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

受付日付印