

※有効な被保険者証(プラスチックカード) をお持ちの方は、令和7年12月1日まで、資格確認書の発行対象外です。

常務理事	事務長	担当

資格確認書 滅失・毀損・再交付・交付申請書

健康保険の 記号番号	記号	被保険者 生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年 月 日	平成 令和	年	月	日	
	番号											
被保険者 氏名	フリガナ											
被保険者住所	〒 電話 ()											
該 当 者 (該当するものに○)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分											
該当者が被扶養者 の場合記入	①	フリガナ				続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	②	フリガナ				続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	③	フリガナ				続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
提出理由 (該当するものに○、 複数選択可)	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、健康保険証の利用登録を行っていないため 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（介護者など）のサポートが必要なため 8. 資格確認書を滅失・毀損したため→下枠もご記載ください 9. その他（)											

滅失・毀損した方のみ、下記をご記載ください。

滅失又は毀損した ときの状況	※できるだけ具体的にご記入ください 滅失した場合、滅失日：令和 年 月 日										
警察への届出状況	有 ・ 無	届出先	警察署		届出日	令和 年 月 日					
再交付要否	1. 再交付が必要 2. 不要										

滅失の場合のみサイン記入											
上記の申請書に記載したとおり証を滅失致しました。有効期限内に証を発見したときは直ちに返納いたします。											
令和 年 月 日 被保険者氏名											

◎資格確認書を毀損した場合は、毀損した資格確認書を添付してください。

事業主欄	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