

※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	1	被保険者 生年月日	昭和 平成	4	7	1	0	1	2	資格取得 年月日	平成 令和	2	2	1	1	0	1
	番号	1234		年	月	日	年	月	日									
被保険者 氏名	フリガナ	ケンボ タロウ																
	氏名	健保 太郎																
被保険者住所	〒	105-0000																
	住所	東京都港区中央1-2-3																
電話	03	(1234)	5678													
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	ケンボ ハナコ	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	4	8	0	3	2	0	年	月	日		
	②	フリガナ	健保 花子	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 1 年 11 月 17 日 18時頃、自宅最寄りのスーパーで買い物途中、財布を入れたかばんをカートに掛けていた。 目を離した隙にかばんごと紛失した。																	
警察への届出状況	有	無	届出先	港 警察署	届出日	令和 1 年 11 月 17 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 1 年 11 月 18 日 被保険者氏名 健保 太郎

◎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