

# 健康保険資格確認書 滅失 再交付申請書

同年月日	令和 年 月 日	保険証回収区分
常務理事	事務長 担当者	
		毀損・滅失届

健康保険被保険者の記号	健康保険被保険者の番号	被保険者の氏名		被保険者の生年月日		性別	再交付の原因
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	滅失 き 損 その他
資格取得年月日		被保険者の住所				備考	マイナ保険証の有無
昭和 平成 令和	年 月 日						有 無

資格確認書の交付を受ける被扶養者氏名（※被保険者用を再交付する場合は不要です。）

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女

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提出致します。  
 なお、今後は健康保険資格確認書を滅失又はき損することのないよう十分指導致します。

事業所所在地	〒
事業所 名称	
事業主 氏名	
電 話	Ⓜ

令和 年 月 日 提出

受付日付印