

健康保険 被保険者証滅失届兼資格確認書交付申請書

(注意事項)

③、④、⑤の欄はそれぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。

① 記号・番号	(記号)		
	(番号)		
② 被保険者氏名		③ 生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
④ 資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	⑤ 被扶養者の有無	有 (人) ・ 無
⑥ 被保険者の勤務する(していた)事業所	名 称		
	所在地		
⑦ 滅失した被保険者証	氏 名	生 年 月 日	続 柄
⑧ 警察への届出状況	令和 年 月 日	警察署届出	届出No
⑨ 滅失したときの状況			
令和 年 月 日 提出			
被保険者の 住所 _____			
氏名 _____ (社員番号)			

※資格確認書の発行が必要な場合は以下に該当する者に限ります。
 ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 ・マイナンバーカードを所有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、
 利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

	令和 年 月 日	
事業主 名 称		
	所在地	
代表者 氏 名		
	電話	番

----- 受付日付印 -----