

健康保険 資格確認書 再交付申請書

被 保 険 者		被 保 険 者 氏 名	事 業 所 名 称
記号	番 号	(フ リ ガ ナ)	
住所	〒		

常務理事	事務長		担当者

対象者欄	氏名	性別	生 年 月 日	続柄	理由欄		
	被 保 険 者	(フ リ ガ ナ)		年 月 日	本人	<input type="checkbox"/> 1 : 滅失 <input type="checkbox"/> 2 : き損 <input type="checkbox"/> 3 : その他 (滅失の場合(状況について)
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
被 扶 養 者	(フ リ ガ ナ)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 : 滅失 <input type="checkbox"/> 2 : き損 <input type="checkbox"/> 3 : その他 (滅失の場合(状況について)	警察の届出
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(フ リ ガ ナ)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 : 滅失 <input type="checkbox"/> 2 : き損 <input type="checkbox"/> 3 : その他 (滅失の場合(状況について)	警察の届出
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

【事業主記載欄】

確認(チェック)欄 <input type="checkbox"/>	上記の通り、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いたします。 なお、今後は健康保険資格確認書を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。
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 〰

記入例

健康保険 資格確認書 再交付申請書

被保険者		被保険者氏名	事業所名称
記号	番号	(フリガナ)トウア タロウ	東亜合成 本社
10	12345	東亜 太郎	
住所	〒	東京都港区〇〇1-2-3	
	123-4567		

【滅失】

状況について記載してください。
警察への届出の有無にチェックをしてください。

【き損】

き損した資格確認書は、申請時に返却してください。

対象者欄	氏名	性別	生年月日	続柄	理由欄		
	被保険者	(フリガナ) 同上	男	昭和 55 1 23	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 1 : 滅失 <input type="checkbox"/> 2 : き損 <input type="checkbox"/> 3 : その他 (滅失の場合(状況について)
被扶養者	(フリガナ)トウア ハナコ	女	昭和 56 12 12	妻	<input type="checkbox"/> 1 : 滅失 <input checked="" type="checkbox"/> 2 : き損 <input type="checkbox"/> 3 : その他 (外出中に、資格確認書が入ったバックを紛失してしまいました	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(フリガナ)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 : 滅失 <input type="checkbox"/> 2 : き損 <input type="checkbox"/> 3 : その他 (滅失の場合(状況について)	警察の届出
	(フリガナ)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 : 滅失 <input type="checkbox"/> 2 : き損 <input type="checkbox"/> 3 : その他 (滅失の場合(状況について)	警察の届出

令和 年 月 日 提出

【事業主記載欄】

確認(チェック)欄 <input type="checkbox"/>	上記の通り、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いたします。 なお、今後は健康保険資格確認書を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

受付日付印