

伺 年 月 日	令和	年	月	日
決 議 年 月 日	令和	年	月	日
資 格 取 得 日	昭・平	年	月	日
被保険者証の記号 番号	記号		番号	

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 資格確認書再交付申請書

※被保険者証(保険証)を滅失した場合も、資格確認の交付となります。

申請日 : 令和 年 月 日

申請者	被保険者の氏名				社員NO	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	所属コード
再交付該当者	氏名	性別	続柄	生年月日	備考(送付先等)	
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
再交付の理由 <input type="checkbox"/> 滅失(盗難 <input type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 紛失) <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 住所欄無余白 <input type="checkbox"/> その他( )						

\*紛失、滅失の場合は、必ず以下の項目もご記入願います。

滅失状況届	証の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証(保険証) <input type="checkbox"/> 資格確認書	返納並びに保管注意義務履行の誓約
	滅失した日	令和 年 月 日	・今後、十分保管に注意し、二度と かかることのないようにいたします。 ・再交付後に滅失した証を発見した ときはただちに旧の証を返納 いたします。  以上、誓約いたします。
	滅失した場所		
	証を滅失した 状況(詳しく)		
警察への届出状況	届出済(受理番号 ) 未届出(その事由 )	氏名 <span style="float:right">印</span>	

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

所在地  
事業主  
(会社) 名称  
代表者

### ●再交付手数料について

- 再交付の理由が「滅失」または「き損」の場合は、**再交付手数料として1枚につき500円**をいただきます。
- 再発行手数料は、給与天引き(任意継続は口座振込)とさせていただきます。
- 被保険者証(保険証)の発行は廃止となりましたので、滅失した場合は、「資格確認書」を発行します。

### ●添付書類

- 「き損」(破れ等)のときは、き損した「被保険者証(保険証)」または「資格確認書」

受付印

※ 事業主(会社)の欄は、申請者は記載不要です。