

健康保険 資格確認書 再交付申請書

資格確認書の再交付を希望する場合にご使用ください。再発行手数料として¥1,000を給与天引きいたします。

被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)				※記入必須 社員番号 (8桁)			
	記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ)		個人番号または記号・番号の いずれかを記載ください。		生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		
	氏名	フリガナ _____						
	郵便番号			電話番号				
	住所	都 道 府 県						

対 象 者 欄	対象者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被 保 険 者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より 必ず選択ください

理 由 欄	1.紛失 2.盗難 3.破損 4.その他 () ※ 紛失・盗難の場合は、滅失届・誓約書を添付、破損した場合は、原本を添付してください。	
	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	
事 業 主 欄	事業所所在地	受付日付印
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	② 記載内容については誤りが無いか申請者本人が確認している。