

健康保険 資格確認書 滅失 (再)交付 申請書

※該当箇所には☑してください

◎資格確認書のき損のための再交付申請であるときは、き損した資格確認書を、この申請書に添付してください。

◎マイナ保険証を取得した場合、資格確認書は速やかにご返却願います。

個人番号(マイナンバー)							
被保険者等記番号	-	被保険者氏名	フリガナ	生年月日	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日		
所属会社名	電話番号 (日中の連絡先)		TEL			携帯 ・ 自宅 ・ その他()	
住所	①住民票住所	〒 -					
	②居所現住所	〒 - ☐住民票住所と同じ ☐単身赴任					
該当者	被保険者(本人) ・ 被扶養者(ご家族)			再交付の有無		希望する・希望しない	
該当者が被扶養者の場合記入	フリガナ	続柄	生年月日	年 月 日			
	フリガナ	続柄	生年月日	年 月 日			
	フリガナ	続柄	生年月日	年 月 日			
提出理由 (該当するものに○)	1.滅失(紛失・盗難・不明) 2.破損(印字のかすれ含む) 3.(再)交付 4.その他()						
滅失の場合はその場所	1.自宅 2.自宅以外() → 警察への届出必須						
警察への届出状況	有・無	届出先	警察署	届出日	年 月 日	No.	
滅失または破損したときの状況	※できるだけ具体的にご記入ください						
(再)交付申請理由	※できるだけ具体的にご記入ください						

資格確認書滅失届(滅失の場合のみ記入)

以上の申請書に記載したとおり、資格確認書を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。
なお、この資格確認書を発見した時は、ただちに返納いたします。滅失した資格確認書によって保険給付等に
事故が発生した場合は、一切の責任を負います。 令和 年 月 日 被保険者氏名

令和 年 月 日提出
以上のとおり被保険者から申請がありましたので届出します。
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

受付日付印

社会保険労務士の提出代行

常務理事	事務長		担当

トップグループ健康保険組合 理事長 殿