

## 健康保険 資格確認書（再）交付申請書

下記の通り、資格確認書の交付について、申請いたします。

										届出日（記入日）		令和	年	月	日
記号			番号						生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
被保険者氏名 (フリガナ) _____															
現住所		(〒 _____ )													
現在の勤務地	名称	_____													
	所在地	〒 ( _____ )													
電話番号 (日中の連絡先)		( _____ )													
交付が必要な方	氏名	性別	続柄	生年月日				交付の理由							
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 無余白 <input type="checkbox"/> その他							
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 無余白 <input type="checkbox"/> その他							
交付申請する詳細な理由・状況を記入してください。															

- <注意事項> 1. 棄損や有効期限切れなどの場合は、必ず健康保険資格確認書を添付してください。  
2. 紛失の場合は、念のため警察へ届け出てください。発見された紛失物は健保組合に返却してください。

### 事業主欄

上記の通り、被保険者から交付の申請がありましたので、届出いたします。

事業所所在地	(〒 _____ ) 都 道 府 県
事業所名称	_____
事業主氏名	_____
電話番号	( _____ )

### 健康保険組合使用欄

資格確認書（再）交付日
年 月 日

決済	常務理事	事務長	係 員