

健康保險 資格確認書 紛失時再交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)	<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>												個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください															
	記号・番号	<div>記号(左つめ)番号(左つめ)</div> <div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>												生年月日															
	氏名	<div>フリガナ</div> <div></div>																											
	郵便番号	<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>												電話番号				<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>											
	住所	<div>都 道</div> <div>府 県</div>																											

対象者欄	対象者	<div> <div></div> <div> 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 </div> </div>		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		同上	同上	<div> <div></div> <div> 1.減失 2.棄損 3.その他() </div> </div>
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
			<div> <div></div> <div> 1 昭和 2 平成 3 令和 </div> <div></div> <div>年</div> <div></div> <div>月</div> <div></div> <div>日</div> </div>	<div> <div></div> <div> 1.減失 2.棄損 3.その他() </div> </div>
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		<div> <div></div> <div> 1 昭和 2 平成 3 令和 </div> <div></div> <div>年</div> <div></div> <div>月</div> <div></div> <div>日</div> </div>	<div> <div></div> <div> 1.減失 2.棄損 3.その他() </div> </div>	
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		<div> <div></div> <div> 1 昭和 2 平成 3 令和 </div> <div></div> <div>年</div> <div></div> <div>月</div> <div></div> <div>日</div> </div>	<div> <div></div> <div> 1.減失 2.棄損 3.その他() </div> </div>	

警察に届出日(遺失届書提出日)		再交付代金 500円也	
令和 年 月 日		以下の口座にお振込願います。	
届出をした警察の都道府県		東海労働金庫 名古屋南支店 (普)7619012	
警察署受理番号	第 号	UACJ健康保険組合 (ユーエーシージェイケンコウケンミヤイ)	

事業主欄	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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄				
	常務理事	常務理事代理	事務長	担当者

受付日付印