

健康保険 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)	<input type="text"/>	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	記号(左づめ) <input type="text"/> 番号(左づめ) <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/>	
	氏名	フリガナ		
	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>
	住所	都道府県		

対象者欄	対象者 <input type="checkbox"/>	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 氏名 フリガナ	生年月日	申請理由
	同上	同上	<input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.棄損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者① 氏名 フリガナ	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/>	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.棄損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
被扶養者② 氏名 フリガナ	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/>	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.棄損 <input type="checkbox"/> 3.その他()	
被扶養者③ 氏名 フリガナ	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/>	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.棄損 <input type="checkbox"/> 3.その他()	

警察に届出日(遺失届書提出日) 令和 年 月 日		再交付代金 500円也 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 UACJ健康保険組合 (ユーユーエーシージェイ・エイケンコウホウケンミツイ)
警察署受理番号	第 号	

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				
受付日付印				

常務理事	常務理事代理	事務長	担当者
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>