

健康保険 資格確認書 紛失届(再交付不要)

資格確認書の交付を希望する場合、「資格確認書 紛失時再交付申請書」を、ご使用ください

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	<input style="width: 20px; height: 20px;" 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(左つめ)	番号(左つめ)	生年月日				
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日
	氏名	フリガナ						
	郵便番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		電話番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" 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 <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 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	生年月日		紛失した理由	
	同上		同上			
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日		紛失した理由	
			<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和	年	月	日
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日		紛失した理由		
		<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和	年	月	日	
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日		紛失した理由		
		<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和	年	月	日	

＜留意事項＞
 資格確認書を紛失したり、盗難に遭ったりした場合は、必ず警察に届け出てください。

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			

受付日付印

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	