

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

*記号番号を記入いただければ、マイナンバーは不要

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) 1 0 0	番号(左づめ) 9 9 9 9 9 9 9	
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		
	郵便番号	4 5 5 0 0 0 0	電話番号	0 5 2 - 0 0 0 - 0 0 0 0
	住所	愛知 都道府県 名古屋市港区○○○○○		

対象者欄	対象者	1	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	フリガナ 氏名 ----- 同上	生年月日 ----- 同上
	被扶養者①	フリガナ 氏名 -----	生年月日 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	被扶養者②	フリガナ 氏名 -----	生年月日 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	被扶養者③	フリガナ 氏名 -----	生年月日 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

警察に届出日(遺失届書提出日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	警察署へ届出後、 受理番号を記載 してください	再交付代金 500円也
届出をした警察の都道府県	以下の口座にお振込願います。		
警察署受理番号	第 <input type="text"/> 号	東海労働金庫 名古屋南支店 (普)7619012 U A C J 健康保険組合 (ユ-エ-シ-ジ エイケンコウホケンギムアイ)	

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		
	受付日付印		
	社会保険労務士の 提出代行者名記入欄		

* 紛失時の再交付においても、資格確認書の交付対象者かどうかの確認を実施してからの交付となります。その分、時間を要しますがご承知おきください