・Ａ４サイズ縦向きで出力してください
・消えないインクの黒ボールペンでご記入ください

提出先：事業主 人事・総務 社会保険担当部署

常務理事	事務長	担当

・赤字：申請者記入
・緑字：事業主記入

資格確認書発行を希望する場合

健康保険【 被保険者証／資格確認書 滅失・き損届 】及び【 資格確認書（新規・再）交付申請書 】

「被保険者証」「資格確認書」の滅失・き損があった場合、及び「資格確認書」の交付を希望する場合にご使用ください。
申請書は事業主（人事・総務）経由でご提出ください。

被保険者情報				
個人番号（マイナンバー）	○○○○ ○○○○ ○○○○	個人番号または健保記号・番号のいずれかをご記入ください。		
健保記号・番号	記号（左づめ）○○	番号（左づめ）○○○○○	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 ○○年 ○○月 ○○日	
氏名	フリガナ ○○○○ ○○○ ○ ○ ○ ○			
郵便番号	○○○ － ○○○○	電話番号	○○○ － ○○○○ － ○○○○	
住所	○○ 都 道 府 県	○○市○○町○○-○○		

◆以下、証書滅失・(再)交付の対象者のみご記入ください。

対象者	フリガナ／氏名	被保険者との続柄	生年月日	申請理由
対象者①	フリガナ ○○○○ ○○○ 氏名 ○ ○ ○ ○	本人	1 昭和 2 平成 3 令和 ○○年 ○○月 ○○日	1 下記、理由欄より必ず選択ください
対象者②	フリガナ ○○○○ ○○○ 氏名 ○ ○ ○ ○	妻	2 昭和 2 平成 3 令和 ○○年 ○○月 ○○日	8 下記、理由欄より必ず選択ください
対象者③	フリガナ 氏名		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
対象者④	フリガナ 氏名		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄

1 ： マイナンバーカードを紛失したため
2 ： マイナンバーカードの更新手続き中のため
3 ： マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
4 ： マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
5 ： マイナンバーカードを作っていないため
6 ： マイナンバーカードを返納したため
7 ： マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため
8 ： 被保険者証または資格確認書を滅失・き損したため【資格確認書交付が必要】 ※き損の場合、き損した証書は健保へ返却
9 ： 被保険者証または資格確認書を滅失・き損したため【資格確認書交付は不要】 ※き損の場合、き損した証書は健保へ返却

※理由1～8の場合は資格確認書を(再)発行いたします。

※理由8で「き損」の場合はき損した証書を本状に添えて提出してください。 ↓

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 ○○県○○市○○○ ○○-○
事業所名称 ○○○株式会社
事業主氏名 代表取締役 ○○○○
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	

・Ａ４サイズ縦向きで出力してください
・消えないインクの黒ボールペンでご記入ください

提出先：事業主 人事・総務 社会保険担当部署

常務理事	事務長	担当

・赤字：申請者記入
・緑字：事業主記入

資格確認書発行不要の場合

健康保険【 被保険者証／資格確認書 滅失・き損届 】
~~及び【 資格確認書（新規・再）交付申請書 】~~

「被保険者証」「資格確認書」の滅失・き損があった場合、及び「資格確認書」の交付を希望する場合にご使用ください。
申請書は事業主（人事・総務）経由でご提出ください。

被保険者情報		
個人番号（マイナンバー）	○○○○ ○○○○ ○○○○	個人番号または健保記号・番号のいずれかをご記入ください。
健保記号・番号	記号（左づめ）○○ 番号（左づめ）○○○○○	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 ○○年 ○○月 ○○日
氏名	フリガナ ○○○○ ○○○ ○ ○ ○ ○	
郵便番号	○○○－○○○○	電話番号 ○○○ － ○○○○ － ○○○○
住所	○○ 都 道 府 県 ○○市○○町○○-○○	

◆以下、証書滅失・(再)交付の対象者のみご記入ください。

対象者	フリガナ／氏名	被保険者との続柄	生年月日	申請理由
対象者①	フリガナ ○○○○ ○○○ 氏名 ○ ○ ○ ○	本人	1 昭和 2 平成 3 令和 ○○年 ○○月 ○○日	9 下記、理由欄より必ず選択ください
対象者②	フリガナ 氏名		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
対象者③	フリガナ 氏名		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
対象者④	フリガナ 氏名		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄

1 ： マイナンバーカードを紛失したため
2 ： マイナンバーカードの更新手続き中のため
3 ： マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
4 ： マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
5 ： マイナンバーカードを作っていないため
6 ： マイナンバーカードを返納したため
7 ： マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため
8 ： 被保険者証または資格確認書を滅失・き損したため【資格確認書交付が必要】 ※き損の場合、き損した証書は健保へ返却
9 ： 被保険者証または資格確認書を滅失・き損したため【資格確認書交付は不要】 ※き損の場合、き損した証書は健保へ返却

※理由9は資格確認書の発行を必要としない場合に選択してください。
【例】・退職時に被保険者証/資格確認書を紛失していることに気付き、返却できない
・被保険者証/資格確認書を滅失・き損したが、以後はマイナ保険証を使用する

※理由9で「き損」の場合は、き損した証書を本状に添えて提出してください。 ↓

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 ○○県○○市○○○ ○○-○
事業所名称 ○○○株式会社
事業主氏名 代表取締役 ○○○○
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	