

健康保険 被保険者証滅失届兼資格確認書交付申請書

記入例

(注意事項)

③、④、⑤の欄はそれぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。

① 記号・番号	(記号) 1		
	(番号) ×××××		
② 被保険者氏名	健康 保	③ 生年月日	昭和 平成 ● 年 ● 月 ● 日 令和
④ 資格取得年月日	昭和 平成 ● 年 ● 月 ● 日 令和	⑤ 被扶養者の有無	有 (1 人) ・ 無
⑥ 被保険者の勤務する(していた)事業所	名称	三菱UFJニコス(株)	
	所在地	東京都千代田区外神田×-×-×	
滅失した被保険者証	氏名	生年月日	続柄
	健康 組子	昭和●年●月●日	妻
警察への届出状況	令和●年●月●日 本郷三丁目 警察署届出		届出No ●●-●●●
⑦ 滅失したときの状況	4/1買い物途中、保険証の入った財布を紛失。 4/2警察に届けました。		
令和 ● 年 ● 月 ● 日 提出			
<p>上記記載のとおり、保険証を紛失しました。 もし、この保険証を発見した時は、ただちに返納します。 なお、マイナンバーカードを保有していますが、健康保険証利用登録を行っていないため資格確認書の交付をお願いします。</p> <p>被保険者の 住所 東京都文京区本郷3-33-5</p> <p>氏名 健康 保 (社員番号 ×</p> <p>資格確認書を申請しない場合は記入不要です 資格確認証を申請する場合は申請理由を記入してください 但し、申請理由は下欄に該当する場合に限ります</p>			

- ※資格確認書の発行が必要な場合は以下に該当する場合があります。
- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 - ・マイナンバーカードを所有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

事業主 名称	令和 年 月 日
所在地	
代表者 氏名	
電話	番

受付日付印