

資格確認書 再交付申請書

申請日 ※※年 ※※月 ※※日

記 号	番 号	被保険者氏名	生年月日
203	0	住友 太郎	平成※ 年 ※ 月 ※ 日
所 属			

被保険者分の再交付申請の場合		
被保険者氏名	続柄	再交付理由
	本人	紛失 ・ 廃棄 き損 ・ その他

被扶養者(家族) 分の再交付申請の場合			
被扶養者(家族)氏名	続柄	生年月日	再交付理由
住友 花子	妻	平成※ 年 ※ 月 ※ 日	紛失・廃棄・き損・その他
		年 月 日	紛失・廃棄・き損・その他
		年 月 日	紛失・廃棄・き損・その他

届出の事由 (詳しく)	(紛失の場合→紛失時の状況、届出警察署、日付、受理番号等を記載) 退職したので保険証を返却しようとしたが、保険証を置いている引き出しなど、家の中を探したが、見つからなかった。 警察には届け出済みです。 ※※警察署 届出日 ※※年※※月※※日 受理番号※※※※
----------------	---

なお、再発行後、紛失した健康保険資格確認書を発見したときは、直ちに返納致します。

〔事業主記載欄〕

上記のとおり被保険者から健康保険資格確認書の再交付申請がありましたので提出致します。	
事業所所在地	こちらは記入不要です
事業所名称	
事業主氏名	
	日 員