

健康保険 資格確認書 滅失・毀損 再交付申請書

常務理事		係	係

〈申請書の提出先〉雇用されている会社の担当者宛

被保険者欄	被保険者証の記号番号	記号	番号			※有効期限内の滅失による再交付手数料は、1枚500円です。	
	フリガナ			性別	生年月日		
	氏名			(印)	男 女		昭和 平成 年 月 日
	住所						
再交付対象者欄 ※対象者にチェック	チェック欄	氏名		生年月日	続柄	再交付の理由	
	<input type="checkbox"/>	被保険者（本人分）				<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 滅失 ※「滅失の理由」に記入	
	<input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名等を記入）	氏名		生年月日	続柄	再交付の理由	
		男		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 滅失 ※「滅失の理由」を記入	
		女					
		男		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 滅失 ※「滅失の理由」を記入	
女							
※滅失の理由	資格確認書を滅失した年月日	令和 年 月 日	資格確認書を滅失した場所				
	資格確認書を滅失に至った状況（詳しく述べ）	警察への届出（_____ 警察署・届出番号_____）					
健康保険 資格確認書滅失届（滅失の場合のみ記入）							
<p>上記の申請書に記載したとおり、健康保険 資格確認書（以下「資格確認書」という）を滅失しました。</p> <p>今後は、十分注意し、資格確認書を発見したときには、ただちに返納します。</p> <p>なお、滅失した資格確認書によって保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。</p>							
令和 年 月 日				被保険者氏名	(印)		

2026.1改訂

令和 年 月 日 提出

日本国土開発健康保険組合理事長 殿

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付の申請がありましたので提出致します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

(印)