常務理事	事務長	部長	係長	係

健康保険資格確認書 減失損 再交付申請書

① 資格確認書の記号	② 資格確認書の番号	(ア) 被保険者の氏名 (氏) 健 保 (名) 一 郎	③ 生 年 月 日 昭和 5 8 1 0 2 0 平成	(イ) 性別 男 女	(ウ) 資格取得年月日 昭和 平成 令和 0 2 0 4 0 1
(エ) 被 保 険 者 の 住 所 〒 5 3 0 - 0 0 1 2 大阪府大阪市北区芝田 9 9 番 9 9 号			(オ) 電 話 番 号 0 6 (6 3 7 2) 5 5 8 9		

再 交 付 対 象 者 欄	被 保 険 者 欄	(カ) 氏 名 (氏) (名)	(キ) 生 年 月 日 上 記 に 同 じ	(ク)性別 本 人	(ケ)続柄 本 人	⑤ 再交付の原因 1. 減失 2. き損	原因を詳しく記入してください
	被 扶 養 者 欄	(カ) 氏 名 (氏) 健 保 安 子	(キ) 生 年 月 日 昭和 平成 令和 5 9 1 1 0 8	(ク)性別 男 女	(ケ)続柄 妻	⑤ 再交付の原因 1. 減失 2. き損	原因を詳しく記入してください 外出先で紛失し警察には届出済みです。
		(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女		1. 減失 2. き損	
		(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女		1. 減失 2. き損	
		(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女		1. 減失 2. き損	

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いたします。

〒 5 3 0 - 0 0 1 2
 事業所所在地 大阪府大阪市北区芝田 2 2 - 8 8 - 1 0 0
 事業所名称 産 業 機 械 株 式 会 社
 事業主氏名 産 業 太 郎
 電話番号 0 6 (6 3 7 2) 5 5 0 1

令和 7 年 1 0 月 1 日 提出 受付日付印

社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄

被保険者等の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

マイナンバー	
--------	--

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである。
☐	・申請者本人(被保険者)が記載したものである
☒	・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している
☐	・再交付の原因が本人の過失に因る場合、手数料の納付を確認している