

【任意継続被保険者用】

健康保険資格確認書 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長	部長	係長	係

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 7 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99番99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. 滅失 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 (名) 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. 滅失 2. き損	原因を詳しく記入してください 外出先で紛失しました。 手数料は振込み済みです。	
		(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		1. 滅失 2. き損	
		(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		1. 滅失 2. き損	
		(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		1. 滅失 2. き損	

令和 年 月 日提出

受付日付印

上記のとおり資格確認書の再交付申請書を提出いたします。
なお、今後は資格確認書を滅失またはき損することのないようにいたします。

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	
--------	--