健康保険

資格確認書

(再)交付申請書
滅失・き損届

健保 受付印	事業所 受付印

被保険者（申請者）情報

被保険者（右づめ）	記号	番号	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成
氏名（自署）	（フリガナ） （自署）		
住所	〒 ー	電話番号（日中の連絡先）	（ ）

滅失理由

該当項目をチェック レ

☐紛失　☐盗難　警察へ紛失・盗難の届出を　☐した　☐していない

☐き損（汚れ等）　※紛失・盗難時は第三者による不正使用の恐れがあるので届出ください

☐その他（破棄した等の理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

滅失・き損した時の状況を記載ください　（誰が・いつ・どこで・どのような状況で滅失・き損したのか）

(再)交付を受ける対象者

氏　名	続柄	性別	生年月日	下記(再)交付理由欄より必ず選択ください
		男　女	昭・平・令　年　月　日	☐
		男　女	昭・平・令　年　月　日	☐
		男　女	昭・平・令　年　月　日	☐

【 (再)交付理由 】

1：マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
2：マイナンバーカードの更新手続き中のため
3：マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
4：マイナンバーカードを紛失したため
5：マイナンバーカードを作っていないため
6：マイナンバーカードを返納したため
7：マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため
8：資格確認書を滅失・き損したため
9 ：その他（　　）

誓約書

上記のとおり(再)交付申請・届出します。
今後は取扱いについて十分に注意します。また、滅失した資格確認書等が第三者の不正使用により生じる損害は私が負担します。
なお、滅失した資格確認書等を発見した時は直ちに返納します。

被保険者　署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**年　月　日提出**

上記のとおり相違ないことを証明する。

事業所 所在地　　電話　（　）

事業所 名称

事業主 氏名

(再)交付年月日	常務理事	事務長	係
令和 年　月　日			

・被保険者の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

東洋製罐健康保険組合

2025.12