

健康保険 資格確認書 減失届

常務理事	事務長	担当者

資格確認書を減失し、再交付は希望しない場合にご使用ください

被 保 険 者 情 報	記号・番号 生年月日	記号	番号	※校番不要	生年月日	
					5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	
	氏名	フリガナ				
	郵便番号		電話番号			
住所						

対 象 者 欄	対象者		1. 被保険者（本人）分のみ 2. 被扶養者（家族）分のみ 3. 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分	下欄「申請選択肢」の該当する番号を記入 ↓	
	被 保 険 者	フリガナ 氏名	同上	生年月日 同上	申請理由
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名		生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	申請理由
	被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名		生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	申請理由
	被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名		生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	申請理由

申請理由選択肢 (再交付を希望しない理由を選択し 「申請理由」欄へ番号を記入)	1 : マイナ保険証へ移行したため 2 : 扶養から削除するため 3 : 資格喪失のため 3 : その他 () ※公的書類のため、盗難や外出先での減失の場合は 警察へのお届けを行ってください
---	---

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので提出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--