

組合記入欄	入金日	令和	年	月	日	入金額	500円/枚×	名＝	円
	交付日	令和	年	月	日	備考			

常務理事	事務長	係

健康保険 資格確認書 減失(き損)届・再交付申請書

再交付費用:対象者1名につき500円

* マイナ保険証を利用できる方には資格確認書の再交付はいたしません *

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ)		生年月日	
	氏名	フリガナ			JGC ID ※YOC4社の方
	郵便番号		電話番号		
	住所	都 道 府 県			

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		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請事由
		同上	同上	減失 き損
	被扶養者①	フリガナ 氏名	続柄 生年月日	申請事由
			1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	減失 き損
被扶養者②	フリガナ 氏名	続柄 生年月日	申請事由	
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	減失 き損	
被扶養者③	フリガナ 氏名	続柄 生年月日	申請事由	
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	減失 き損	

事由詳細等	資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。
-------	--------------------------

【注意事項】

- き損の場合は、き損した資格確認書を添付してください。
- 再交付費用の振込については、当組合で申請書を受理し、マイナ保険証の状況を確認した後にご案内いたします。

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届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

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

受付日付印