

係	事務長	常務理事

## 健康保険 資格確認書滅失届 兼 再交付申請書

申請日	令和 年 月 日	*A4用紙で印刷し、太枠内について事実を正確に記入下さい。訂正がある場合は二重線で抹消し、訂正印を押印下さい。(鉛筆での記入不可、裏紙印刷不可)					
被保険者等記号・番号		被保険者の氏名		生年月日	勤務する事業所名称	所属(テレNo.)	内線
記号	番号	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R			
被保険者の現住所				対象者	申請の事由		
〒	—	都道	区市	(氏名: ) (続柄: )	<input type="checkbox"/> 滅失(盗難を含む) /	<input type="checkbox"/> 毀損…資格確認書を添付	
		府県	郡	(氏名: ) (続柄: )	<input type="checkbox"/> 滅失(盗難を含む) /	<input type="checkbox"/> 毀損…資格確認書を添付	
			TEL( )	(氏名: ) (続柄: )	<input type="checkbox"/> 滅失(盗難を含む) /	<input type="checkbox"/> 毀損…資格確認書を添付	

いつ		左記事由のとおり私の不注意により資格確認書を滅失、毀損いたしました。  なお、万一この資格確認書を第三者が使用したことにより生じた医療費につきましては、 全額責任をもって返納することを誓約いたします。  また、今後、資格確認書の取り扱いおよび保管につきましては充分注意するとともに、 滅失の場合で、滅失した資格確認書を発見しました際は直ちに発見した資格確認書を 返納いたします。  令和 年 月 日  JSR健康保険組合 理事長 殿
何処で		
誰が		
詳しい 状況		

事業主の証明	
上記の申請について、事実と相違ないことを証明します。 また、この届出は①又は②の要件を満たしていると確認しました。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	令和 年 月 日    Ⓧ

・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(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)

備考欄	
-----	--

令和 年 月 日  
事業所担当者:

※健保処理欄	
健保受付日付印	確認書返送
	<input type="checkbox"/> 回不 <input type="checkbox"/> 交付