

再交付年月日 令和 年 月 日

常務理事	事務長		担当者

健康保険 資格確認書等（再）交付申請書

(高齢受給者証・限度額適用認定証・資格情報のお知らせ)

被保険者記号・番号	記号	番号	事業所名称	
被保険者氏名			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
住 所	〒 -			
TEL(日中の連絡先)	- -			

再交付が必要な方	証区分	氏 名	(再) 交付の理由
		生 年 月 日	
	☐ 資格確認書※1 ☐ 限度額認定証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 資格情報のお知らせ※2	昭 平 令 年 月 日	☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
	☐ 資格確認書※1 ☐ 限度額認定証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 資格情報のお知らせ※2	昭 平 令 年 月 日	☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
	☐ 資格確認書※1 ☐ 限度額認定証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 資格情報のお知らせ※2	昭 平 令 年 月 日	☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
	☐ 資格確認書※1 ☐ 限度額認定証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 資格情報のお知らせ※2	昭 平 令 年 月 日	☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
	備考	・再交付の理由が、滅失またはその他の場合は詳細な理由をご記入ください。 ・き損の場合は、き損した保険証を添付してください。	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日			

※1) 資格確認書とは、はがき型でマイナンバーカードによるオンライン資格確認ができない方の資格を確認するための証明書です。
※2) 資格情報のお知らせとは、A4サイズで資格情報を記載した書面です（単体では保険証の代わりとして使用はできません）。

事業主確認欄（✓をつけてください）	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
☐	①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので提出致します。 なお、今後は滅失またはき損することのないよう十分指導致します。	
事業所 所在地 事業所 名称 事業主 氏 名 電 話	〒 -
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

受付日付印