

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

## 資格確認書(再)交付申請書 (兼 滅失届)

※健康保険証をお持ちの方は、令和7年12月1日までの経過措置期間は申請できません。

申請日: 令和 年 月 日

|                               |                      |  |  |   |  |  |  |  |  |         |                                                         |
|-------------------------------|----------------------|--|--|---|--|--|--|--|--|---------|---------------------------------------------------------|
| 被保険者証の<br>記号 - 番号<br>(番号は右づめ) |                      |  |  | — |  |  |  |  |  | 生 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 |
| 被 保 険 者 の<br>氏 名 ・ 印          |                      |  |  |   |  |  |  |  |  |         | 印                                                       |
| 被 保 険 者 の<br>住 民 票 住 所        | (〒 — )<br>都・道<br>府・県 |  |  |   |  |  |  |  |  |         |                                                         |

【届出事項】「き損」の場合は、資格確認書を添えて申請ください。

| 届 出 事 項                                                                                                                  | 該 当 者 の 氏 名 | 続 柄 | (再)交付                                                    | 発行理由                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 交 付 <input type="checkbox"/> 滅 失<br><input type="checkbox"/> (再)交付 <input type="checkbox"/> き 損 |             |     | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E<br><input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F |
| <input type="checkbox"/> 交 付 <input type="checkbox"/> 滅 失<br><input type="checkbox"/> (再)交付 <input type="checkbox"/> き 損 |             |     | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E<br><input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F |

【申請にあたっての注意】 発行理由を下記から選び、該当者の「発行理由」欄の該当項目に☑をつけてください。

- |                                                                             |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| A マイナンバーカードを<br>・取得していない<br>・返納した                                           | C マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ<br>D マイナンバーカードを<br>・紛失した<br>・更新中 |
| B マイナンバーカードは<br>保有しているが、<br>・健康保険証利用登録を行っていない<br>・利用登録解除申請をした<br>・利用登録解除をした | E マイナ保険証での受診が困難<br>F 資格確認に介助者等の補助が必要                      |

※ 上記 A～F 以外の理由では、資格確認書の交付はできません

【滅失した年月日、場所、状況等】 ※「滅失」した場合のみ、わかる範囲でできるだけ詳しくご記入ください。

|                                                                                                                    |                 |                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|--|
| 滅 失 し た<br>年 月 日                                                                                                   | 令和 年 月 日        | 滅 失 し た<br>場 所 |  |
| 滅 失 し た<br>理 由、状 況 等                                                                                               | ※できるだけ詳しく記入すること |                |  |
| 警察へ届出をした場合はその年月日                                                                                                   | 令和 年 月 日        |                |  |
| <b>誓 約</b><br>上に記載したとおり、証等を滅失いたしました。今後は取扱いに十分注意いたします。<br>また、この被保険者証等を発見したときは、ただちに返納いたします。<br><br>令和 年 月 日 被保険者氏名 印 |                 |                |  |

|        |
|--------|
| 事業所所在地 |
| 事業所名称  |
| 事業主氏名  |
| 電話 ( ) |

|       |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|