

資格確認書(再)交付申請書

滅失 き損 その他

いずれかにチェック

申請者本人を確認できる書類(免許証やパスポートなどの申請者本人の顔写真つきの本人確認書類のコピー)を添付して、人事総務Gへ提出してください。

(免許証、パスポートがない場合は、住民票を添付)

資格確認書はマイナ保険証を利用していない場合に保険証の代わりとなるものとして発行されるものです。マイナ保険証をお持ちの方は、**※申請者本人の確認の為、運転免許証やパスポートなど申請者本人の顔写真つきの本人確認書類のコピーを添付してください。**

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	被 保 険 者 氏 名			性別	被 保 険 者 年				
	1324	1111	(氏) 健保	(名) 太郎	Ⓜ	男	昭和 平成 令和	59	1	1	
	再交付申請の対象者		氏 名	生 年 月 日	性別	続 柄	申 請 理 由	交 付 申 請 の 理 由			
	(氏) 健保	(名) 太郎	昭和 平成 令和	59	1	1	男	本人	1	※滅失・棄損の場合にご記入ください。 (滅失した場所やき損に至った理由等を詳しくご記入ください。) 引っ越し作業中に、誤って書類と一緒に破棄してしまったため。 警察届出(盗難等) 年 月 日	
	(氏) 健保	(名) 花子	昭和 平成 令和	17	2	2	女	長女	8		
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和				男				
(氏)	(名)	昭和 平成 令和				女					
(氏)	(名)	昭和 平成 令和				女					
						男			以下より理由を選択し、数字を記入してください。 1: マイナンバーカード紛失 2: マイナンバーカード更新手続中 3: マイナンバーカード電子証明書有効期限切れ 4: マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行っていない 5: マイナ保険証による受信には第三者のサポートが必要 6: マイナンバーカード未作成 7: マイナンバーカード返納 8: 資格確認書棄損・滅失 9: 健康保険証棄損・滅失		

(再)交付対象の方、全員の氏名を記入
本人のみの場合も、この欄に氏名を記入

当てはまる理由の番号を記入
申請理由が9の場合は「保険証 回収不能・滅失届」もご提出ください

、責任を持って弁償しますとともに、今後、資格確認書の扱
した時は、ただちに返納いたします。

健保 太郎

Ⓜ 自署場合、押印省略可

上記の通り、被保険者から資格確認書の再交付の申請がありましたので提出します。令和 年 月 日
同時に、資格確認書の滅失またはき損した事に相違ないことを証明します。
なお今後、資格確認書の取り扱いに十分注意するよう指導します。

紛失、滅失、棄損の場合に記入
(注)外出時の紛失や盗難の場合は、警察署へお届けされることをお勧めします。

CNCグループ健康保険組合 理事長 殿
事業所所在地 〒
事業所名称
事業主氏名 Ⓜ
電 話



資格確認書(再)交付申請書

滅失 き損 その他

健 保 決 裁 欄	常務理事	事務長	係	係

資格確認書はマイナ保険証を利用していない場合に保険証の代わりとなるものとして発行されるものです。マイナ保険証をお持ちの方には発行いたしません。(下記申請理由1~5の場合を除く)

※申請者本人の確認の為、運転免許証やパスポートなど申請者本人の顔写真つきの本人確認書類のコピーを添付してください。

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	被 保 険 者 氏 名		性別	被 保 険 者 生 年 月 日			被 保 険 者 個 人 番 号	
			(氏)	(名)	男 女	昭 平 令 和	年	月	日	※記号番号がわからないときに記入
再 交 付 申 請 の 対 象 者			氏	名	性別	続柄	申 請 理 由			交 付 申 請 の 理 由
	(氏)	(名)	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			以下より理由を選択し、数字を記入してください。 ※滅失・棄損の場合にご記入ください。 (滅失した場所や棄損に至った理由等を詳しくご記入ください。)
	(氏)	(名)	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			1: マイナンバーカード紛失 2: マイナンバーカード更新手続中 3: マイナンバーカード電子証明書有効期限切れ
	(氏)	(名)	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			4: マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行っていない 5: マイナ保険証による受診には第三者のサポートが必要
	(氏)	(名)	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			6: マイナンバーカード未作成 7: マイナンバーカード返納
(氏)	(名)	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			8: 資格確認書棄損・滅失 9: 健康保険証棄損・滅失	警察届出(盗難等) 年 月 日
<p>※滅失した場合にご記入ください。</p> <p>上記の通り、資格確認書(健康保険証)を滅失した事に相違ありません。この資格確認書(健康保険証)について、万一事故がありました場合は、責任を持って弁償しますとともに、今後、資格確認書の扱いについては十分注意いたしますので、再交付をお願いいたします。なお、滅失した資格確認書(健康保険証)を発見いたしました時は、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 被保険者氏名</p> <p style="text-align: right;">Ⓢ 自署場合、押印省略可</p>										

上記の通り、被保険者から資格確認書の再交付の申請がありましたので提出します。令和 年 月 日 提出
同時に、資格確認書(健康保険証)の滅失またはき損した事に相違ないことを証明します。
なお今後、資格確認書の取り扱いに十分注意するよう指導します。

CNCグループ健康保険組合 理事長 殿

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

電 話

受付日付印

健康保険

- 被保険者証
- 限度額適用認定証
- 高齢受給者証

回収不能・滅失届

常務理事	事務長	係	係

被保険者証の記号・番号		記号	番号	連絡先電話番号			
被保険者の氏名・住所		氏名	住所				
回収不能等の対象者	氏名	生年月日	性別	個人番号	高齢受給者証 交付	返納	資格確認書・限度額適用認定証・高齢者証を返納できない理由
	被保険者				有・無	有・無	
	被扶養者				有・無	有・無	
	被扶養者				有・無	有・無	
	被扶養者				有・無	有・無	
	被扶養者				有・無	有・無	

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証等)が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日記入

事業所所在地

CNCグループ健康保険組合 理事長殿

事業所名称

受付日付印

事業主氏名

- ※ この届書は、被保険者証を返納できない場合に本社人事・総務グループに提出してください。
なお、届書提出後に被保険者証を回収したときは、CNCグループ健康保険組合に返納してください。
- ※ 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。