常務理事	事務長	当務者

健康保険
資格確認書
（再）交付申請書　兼　き損・滅失届

被保険者記入欄	記号番号	―	事業所名							
	氏名	㊞	生年月日	年	月	日	交付希望	□ 有 ・ □ 無		
	申請対象者	※ご家族の場合は交付対象者名を記載して下さい。								
	届出理由	**※必ずいずれか該当するものを選択して下さい。その他を選択した場合は詳しく理由を記載して下さい。** □ き損・滅失したため　□ マイナンバーカードを作っていないため □ マイナンバーカードの保険証利用登録を行っていないため　□ マイナンバーカードの更新手続き中のため □ その他 （　　）							
事業所記入欄	上記の申請について、相違ないことを証明します 令和　　年　　月　　日 所在地 名　称 事業主 氏　名　　㊞									
健保記入欄	再交付年月日	令和　　年　　月　　日								
	備考									

（古河健康保険組合）

入力チェック	健保受付印