

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の保険証利用登録を行っていないため ☐ その他 ☐ 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更新手続き中のため ()									
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