

常務理事	事務長	担当者

**資格確認書**  
**資格情報のお知らせ※** 減失 再交付申請書  
**健康保険** 限度額適用認定証 減失 再交付申請書  
**高年齢受給者証**

再交付申請する証の種類、減失・き損の別に○をつけてください。き損のときはき損した証を添付してください。  
 ※資格情報のお知らせについては、マイナポータルで情報を閲覧できる方については再発行の必要はありません。

健康 保 険 の	① 記 号	② 番 号	③ 被 保 険 者 氏 名	④ 生 年 月 日	⑤ 資 格 取 得 年 月 日
				昭和5 平成7 令和9 年 月 日	昭和5 平成7 令和9 年 月 日
⑥ 被保険者の住所(住民票と居住所が違う場合はその住所も記入してください)				⑦ 紛失時の状況(できるだけ詳細にご記入ください)	
〒					

※警察に届出済の場合は管轄の警察署名等を備考欄に記入してください。

再 交 付 申 請 の 対 象 と な る 者	被 保 険 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	再交付の理由	備 考
			上記に同じ	本人	減失・き損 その他	
	被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	再交付の理由	備 考
			昭和5 平成7 令和9 年 月 日		減失・き損 その他	
			昭和5 平成7 令和9 年 月 日		減失・き損 その他	
		昭和5 平成7 令和9 年 月 日		減失・き損 その他		

上記のとおり被保険者から各証の再交付の申請がありましたので届出いたします。  
 なお、今後は各証を減失又はき損することのないよう十分指導いたします。

所 在 地	
事 業 所 名 称	
事 業 主 氏 名	
電 話	( 局 ) 番

令和 年 月 日 提出

〔 受 付 日 付 印 〕

社会保険労務士 の提出代行者	
-------------------	--