

| | | | |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| | | | |

滅失・毀損届 兼 (再)交付申請書

| | | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|------|
| 被保険者情報 | 記号・番号 | 記号(右つめ) | 番号(左つめ) | 生年月日 |
| | 氏名 | フリガナ | | |
| | 郵便番号 | 電話番号 | | |
| | 住所 | 都 道 府 県 | | |
| 滅失 / 毀損の詳細等 | 滅失・毀損した種類 | <input type="checkbox"/> 資格確認書 | <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 | |
| | 滅失、もしくは毀損した理由 (滅失した場所や毀損した理由などをできるだけ詳しく記入してください) | | | |
| | 滅失の場合は必ず警察へ届出してください ※届出後の受理番号を記載(必須) | 受理番号 | _____号 | |
| | <p><念書> 上記の届出書に記載した通り、資格確認書/健康保険被保険者証を滅失/毀損したことに相違ありません。滅失により、万一事故等が発生した場合は責任をもって弁償します。また、滅失した資格確認書/健康保険被保険者証を発見した際は、ただちに返納致します。重ねて、滅失に伴う資格確認書の再交付の場合は、再交付手数料2,000円/枚を事業所を通して支払います。</p> | | | |
| 令和 ____年 ____月 ____日 被保険者氏名 _____ 署名もしくは記名押印 | | | | |

| | | | | |
|-----------|------------|--------------------------|--|------|
| (再)交付対象者欄 | 対象者 | <input type="checkbox"/> | 1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 | |
| | 被保険者 | フリガナ 氏名 | 生年月日 | 申請理由 |
| | 被扶養者① | フリガナ 氏名 | 生年月日 | 申請理由 |
| | 被扶養者② | フリガナ 氏名 | 生年月日 | 申請理由 |
| 被扶養者③ | フリガナ 氏名 | 生年月日 | 申請理由 | |

| | |
|---------|--|
| (再)交付理由 | <p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>3 : マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため</p> <p>4 : マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>7 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため</p> <p>8 : 再交付不要</p> |
|---------|--|

| | |
|------|---------------------------------|
| 事業主欄 | 上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。 |
| | 事業所所在地 |
| | 事業所名称 |
| | 事業主氏名 |
| 電話番号 | |

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|

| |
|-----------------------|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記入欄 |
|-----------------------|

| | | | |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| | | | |

滅失・毀損届 兼 (再) 交付申請書

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|--|--|
| 被保険者情報 | 記号・番号 | 記号(右つめ) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> | 番号(左つめ) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> | 生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 2 0 1 年 0 1 月 0 1 日 | |
| | 氏名 | フリガナ ヒカリ タロウ 氏名 光 太郎 | | | |
| | 郵便番号 | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> | 電話番号 | <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> | |
| | 住所 | 都 道 府 県 東京 豊島区西池袋1-4-10 光ウエストゲートビル7F | | | |
| 滅失 / 毀損の詳細等 | 滅失・毀損した種類 | <input type="checkbox"/> 資格確認書 | | <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 | |
| | 滅失、もしくは毀損した理由 (滅失した場所や毀損した理由などをできるだけ詳しく記入してください) | | | | |
| | 滅失の場合は必ず警察へ届出してください ※届出後の受理番号を記載(必須) | 受理番号 _____ 号 | | | |
| | <p><念書> 上記の届出書に記載した通り、資格確認書/健康保険被保険者証を滅失/毀損したことに相違ありません。滅失により、万一事故等が発生した場合は責任をもって弁償します。また、滅失した資格確認書/健康保険被保険者証を発見した際は、ただちに返納致します。重ねて、滅失に伴う資格確認書の再交付の場合は、再交付手数料2,000円/枚を事業所を通して支払います。</p> | | | | |
| 令和 <u>6</u> 年 <u>12</u> 月 <u>2</u> 日 | | 被保険者氏名 <u>光太郎</u> 光 | | 署名もしくは記名押印 | |

| | | | | |
|------------|---------|--|--|---|
| (再) 交付対象者欄 | 対象者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 | | |
| | 被保険者 | フリガナ 氏名 同上 | 生年月日 同上 | 申請理由 <input checked="" type="checkbox"/> 2 下記、理由欄より必ず選択ください |
| | 被扶養者① | フリガナ 氏名 | 生年月日 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日 | 申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください |
| | 被扶養者② | フリガナ 氏名 | 生年月日 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日 | 申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください |
| 被扶養者③ | フリガナ 氏名 | 生年月日 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日 | 申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください | |

| | |
|----------|---|
| (再) 交付理由 | <ul style="list-style-type: none"> 1 : マイナンバーカードを紛失したため 2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため 3 : マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 4 : マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため 5 : マイナンバーカードを作っていないため 6 : マイナンバーカードを返納したため 7 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため 8 : 再交付不要 |
|----------|---|

| | |
|------|---------------------------------|
| 事業主欄 | 上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。 |
| | 事業所所在地 |
| | 事業所名称 |
| | 事業主氏名 |
| 電話番号 | 事業主記入欄 |

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|

| | |
|-------------------|------------|
| 社会保険労務士の提出代行者名記入欄 | 社会保険労務士記載欄 |
|-------------------|------------|