交付日	令和　　年　　月　　日
回収日（無余白）	令和　　年　　月　　日

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険　資格確認書　（滅失・き損）　再交付申請書

日本製紙健康保険組合　御中

令和　7 年　2 月　1 日　提出

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号－番号	111　-　99999	被保険者の氏名	日本　太郎
	被保険者の生年月日	昭和　平成　令和　50 年　1 月　1 日	被保険者の資格を取得した日	昭和　平成　令和　20 年　4 月　1 日
	被保険者の現住所	〒△△△－△△△△　TEL 000－000－0000 ●●●●●●●●●1－2－3番地		
	再交付する資格確認書は	・本人用　・家族用	家族用のときは対象となる被扶養者の氏名	
	再交付を申請する理由	減失・き損した日：令和　7 年　1 月　25 日	減失・き損した場所	東京駅構内
		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：資格確認書を滅失・き損したため		

※滅失の場合の誓約

上記のとおり資格確認書を滅失いたしましたが、この資格確認書を発見したときには直ちに返納いたします。
また、滅失した資格確認書が他に不正使用された場合の責任を負い、貴組合に対して迷惑をかけないことを誓約いたします。

令和　7 年　2 月　1 日

被保険者　氏名　日本　太郎　印

住所　●●●●●●●●●1－2－3番地

事業主の証明	上記のとおり被保険者から資格確認書の再交付申請がありましたので提出します。 なお、今後は資格確認書を滅失またはき損する事のないよう十分指導いたします。 令和　　年　　月　　日 事業所所在地 事業所名称　　印 事業主氏名 電話番号

受付印