

常務理事	事務局長	部長	課長	扱者	

健康保険 資格確認書 滅失 再交付申請書 き損

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	記号		氏名	
	番号		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒 都 道 府 県		電話番号 ()

チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	再交付の理由
<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)分		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
再 交 付 対 象 者 (被 扶 養 者 の 資 格 確 認 書 の 再 交 付 が 必 要 な 場 合 に 氏 名 を 記 入)		昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
		令和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
		昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
資格確認書を滅失したときの状況(詳しくご記入ください)			

- 滅失の場合は「資格確認書を滅失したときの状況」欄を必ず記入してください。
- き損の場合は資格確認書を添付してください。

事 業 主 欄	上記のとおり再交付申請がありましたので、提出いたします。 令和 年 月 日
	〒 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

社会保険労務士記載欄
氏名等