|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|  |  |  |  |

**健康保険被保険者証・資格確認書 紛失届≪再交付不要≫**

**※この届書は以下のいずれかに場合に提出するものです。**

**①当組合の資格を失った際、被保険者証もしくは資格確認書を紛失し返却ができない場合**

**②被保険者証もしくは資格確認書を紛失したが、マイナ保険証の使用を開始したので再交付が不要となった場合**

**※資格確認書の再交付が必要な場合は、「健康保険 資格確認書交付申請書」をご提出ください。**

**※太枠内を記入のうえ、在職中の方は、事業主経由でご提出ください（下段の事業主の証明が必要です）。**

**※****退職後に加入されている任意継続被保険者の方は、直接当組合へご提出ください****（下段の事業主の証明は不要です）。**

**※被保険者等の記号・番号は、不明である場合は記入不要です。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等の | 記号 | |  | | 被保険者氏名 |  | | |
| 番号 | |  | |
| 被保険者住所 | | 〒 | | | | | 電話番号 | |
| 被保険者の生年月日 | | | | | 紛失対象者 | | | |
| 昭・平　　　　年　　　月　　　日 | | | | | □ 被保険者（本人）  □ 被扶養者（家族）→該当者を下記に記入 | | | |
| 紛失対象被扶養者の  氏名・生年月日・続柄 | | | | 紛失対象被扶養者氏名 | | 生年月日 | | 続柄 |
|  | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | |  |
|  | | 昭・平・令 　年　　　月　　　日 | |  |
|  | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | |  |
| **該当の届出事由にチェック（紛失時期、場所、状況、事情等、詳細をわかりやすく記載してください）**  **□当組合の資格を失ったが、被保険者証もしくは資格確認書を紛失し返却ができない**  **□被保険者証もしくは資格確認書を紛失したが、マイナ保険証の使用を開始したので再交付が不要となった** | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 事　業　主　の　証　明  　上記のとおり被保険者から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 |

(20250401改訂)

受　付　日　付　印