

前 回 交 付 年 月 日	年 月 日
旧被保険者証 添 付	有 無
申 請 理 由 (○を付ける)	滅 毀 失 無 余 損 白

受 付	年 月 日		
決 定	年 月 日		
交 付 決 議 書			
常務理事	事務長		担当者
資 格 取 得	年 月 日		
再交付年月日	年 月 日		

健康保険資格確認書再交付申請書

ニチバン健康保険組合理事長 殿

資格確認書 滅失届の事由により再交付をお願い致します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名			生 年 月 日		
	○	○○○○○○○	健保 太郎			昭和 平成	○ 年 ○ 月 ○ 日	
資格確認書の再交付の原因			・ 滅失	・ 毀損	・ 無余白	・ その他		
資格確認書の再交付者氏名		性別	生 年 月 日			被保険者 との続柄	マイナ 保険証	
健保 太郎		男・女	昭和 令和	平成	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	(例) 本人	有・無	
		男・女	昭和・平成 令和		年 月 日		有・無	
		男・女	昭和・平成 令和		年 月 日		有・無	

上記のとおり、資格確認書の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は資格確認書を滅失または毀損することのないよう十分指導いたします。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

事業主	事業主所在地	
	事業主名称	
	事業主氏名	