

健保組合でマイナ保険証の状況を確認し、マイナ保険証が使用できない申請対象者のみに再交付いたします。
(再)交付するのは資格確認書のみとなります。

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 滅失・き損 兼 資格確認書(再)交付申請書

<被保険者記入欄>

被 保 険 者	被保険者等 記号・番号	.	資格取得日	令和	年	月	日
	氏 名		生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日
	住 所 電 話 番 号 メールアドレス	〒 — 電話 () — メールアドレス					

申 請 対 象 者 の 氏 名 等	氏 名	続柄	滅失・き損したもの	再交付の原因	マイナ保険証の利用可否
			☐ 保険証 ☐ 資格確認証 ☐ マイナンバーカード	☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他	☐ 可 ☐ 否
			☐ 保険証 ☐ 資格確認証 ☐ マイナンバーカード	☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他	☐ 可 ☐ 否
			☐ 保険証 ☐ 資格確認証 ☐ マイナンバーカード	☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他	☐ 可 ☐ 否
			☐ 保険証 ☐ 資格確認証 ☐ マイナンバーカード	☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他	☐ 可 ☐ 否

再 交 付 の 理 由	(滅失した場所やき損させた理由などをできるだけ詳しく記入してください。)

き損した保険証、資格確認書は申請書に添付ください。
失った保険証、資格確認書を発見したときはJAST健康保険組合へ返却ください。※返却する資格確認書は有効期限内のものが対象です
マイナンバーカードの再発行は健康保険組合では行いません。

<事業主記入欄>

上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。	
	令和 年 月 日
事業所	所在地
	名 称
事業主	氏 名
JAST健康保険組合理事長 様	

※届出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。