【提出先】社会保険担当部課→サンデン健康保険組合

色のついている項目に入力
「選択」の項目は該当するものを選択

係			

健康保険 資格確認書

◯ 交付申請書
◯ 再交付申請書
◯ 紛失届（再交付不要）
↑いずれかを選択してください

※有効なマイナ保険証を有している方には原則交付できません

申請日：令和　　年　　月　　日

被保険者情報	記号番号	会社名	被保険者氏名
	３３　　－		
	送付先事業所（　　）	被保険者住所	
	所属名 TEL　　内線	〒　　－ TEL	

対象者氏名	生年月日	申請理由 下の理由から選択
	選択　年　月　日	選択
	選択　年　月　日	選択
	選択　年　月　日	選択
	選択　年　月　日	選択

申請理由	
	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た後、継続利用の意向がないため ４：　マイナンバーカードを返納したため ５：　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 ６：　資格確認書を紛失・き損したため

資格確認書を紛失の場合は、その理由を詳しく記入してください	警察への届出状況
［紛失日　令和　　年　　月　　日頃］	・警察署名（　　）警察署 ・届出番号（　　）

上記理由により、資格確認書を紛失いたしましたが、今後は十分取り扱いに注意いたします。
なお、紛失した資格確認書を発見したときは、旧書をただちに返却いたします。

・**き損の場合は、必ず資格確認書を添付してください。**
・資格確認書を紛失または盗難にあった場合は、第三者に悪用される恐れがありますので、必ず警察に届出してください。
・紛失時の再交付手続きの手順
(本人)申請書提出→(健保)請求書送付→(本人)再交付手数料納付→(健保)入金確認後、再交付

事業主の証明		受付印
確認欄 □	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が、自署以外で作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。	
上記の通り被保険者から届出がありましたので提出いたします。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		処理：　　発送：

健保使用欄	請求書発送	／		入金確認	／	

R7.2 改訂