

### 健康保険資格確認書等発行申請書(新規・交付・再交付・滅失)

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

健康保険の資格情報				被保険者(本人)氏名		生年月日		所属またはグループ会社名		記入年月日					
記号		番号				昭和 平成 令和	年	月	日	部 支社 会社	課 営業オフィス	令和	年	月	日

↓↓ 下記 [3]、[5] の記入漏れにご注意ください! ↓↓

[1] 申請する証の区分 ※該当の証、対象者に☑チェックする		[2] 申請する理由 ※該当の理由に☑チェックする		[3] 発行申請の理由 ※「破損・劣化・無余白」の場合は記入不要	
新規	<input type="checkbox"/> 資格確認書 [2]、[5] の記載不要	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)	<input type="checkbox"/> 滅失	----- ----- -----	
	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	<input type="checkbox"/> 滅失(資格喪失のため再交付不要) 【資格喪失日】令和 年 月 日 ※証切替の滅失届は上記資格喪失日記入不要		
再交付	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 注1)	被扶養者氏名 ( )	<input type="checkbox"/> 盗難	<b>[4] 添付書類</b> ※健康保険の資格情報の記号が「3000」または「2222」の方のみ  運転免許証写し ⇒ <input type="checkbox"/> 添付した パスポート写し ⇒ <input type="checkbox"/> 添付した 年金手帳写し ⇒ <input type="checkbox"/> 添付した  ※被保険者氏名、生年月日の記載のあるいずれか一点	
	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証・標準負担額減額認定証	被扶養者氏名 ( )	<input type="checkbox"/> 破損 注2)		
	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	被扶養者氏名 ( )	<input type="checkbox"/> 劣化 注2)		
滅失	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	被扶養者氏名 ( )	<input type="checkbox"/> 無余白 注2)	<b>[5] 念書</b> ※「滅失・盗難」の場合のみ記入  滅失または盗難にあった各証等が後日見つかった場合は、直ちに見つかった証等を返却いたします。 令和 年 月 日  被保険者(本人)署名 _____	
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 注1) <input type="checkbox"/> その他( ) [2]の記載不要				

(注)

- 高齢受給者証は70歳以上75歳未満の被保険者、被扶養者で交付されている場合のみチェックしてください
- 「破損」、「劣化」、「無余白」の再交付申請は、「破損」、「劣化」、「無余白」となった各証を添付してください
- 事業主証明欄は、第一生命従業員は空欄のままDN総務事務センターへ、グループ会社の方は各社総務にて証明し健保組合へ送付する。  
但し、資格喪失時(返却の際に返却する各証等を滅失)の場合のみ、支社の方は支社長印にて証明し健保組合へ、本社・キャリアローテーション者の方は空欄のままDN総務事務センターへ送付してください
- 任意継続、特例退職の方は事業主証明は不要です。直接健康保険組合へ送付ください。

事業主証明欄 注3、4)
上記のとおり申請がありましたので届出いたします。
(事業主)

健保組合処理欄	
送付年月日	入力年月日