コムシスホールディングス健康保険組合　御中

常務理事	事務長	担当者

健康保険　資格確認書　滅失・き損 (再)交付　申請書

個人番号か記号・番号のいずれかを記入願います。

被保険者情報

個人番号（マイナンバー）		個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。
記号・番号	番号（左づめ）: ●● / ●●●●●●●	生年月日: 1 昭和 2 平成 3 令和 1 5 0 年 0 7 月 1 5 日
氏名	フリガナ	電話番号 – –
–	住所 都　道 府　県	

家族の分がある場合は被扶養者の欄を記入願います。

対象者欄

対象者	1 被保険者（本人）分のみ 2 被扶養者（家族）分のみ 3 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分	再交付	1．希望する 2．希望しない
申請理由	下記理由欄より必ず選択ください		

被扶養者	生年月日	申請理由
フリガナ 氏名	1 昭和 2 平成 3 令和 年	下記、理由欄より必ず選択ください

該当番号を「申請理由欄」に記入願います。
1～7はマイナンバーカードの件
8～10は資格確認書の件

理由欄

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ているため
4 ： マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
5 ： マイナンバーカードを作っていないため
6 ： マイナンバーカードを返納したため
7 ： 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
8 ： 資格確認書を滅失・き損したため（有料）　滅失の場合、第三者に悪用されることも考えられます。警察[illegible]出をしてください
9 ： 盗難　第三者に悪用されることも考えられます。警察へ連絡・届出をしてください
10： 罹災　市区町村から発行される罹災証明書の写しを添付してください

資格確認書の紛失・盗難において警察署に届けた場合に記入願います。

状況

警察への届出先	警察署 派出所	受理番号		届出日	令和　年　月　日

誓約書

上記の理由欄に記載した通り、資格確認書の再交付を申請します。今後は取扱いに十分注意し、万が一このために損害が生じた場合は、一切の責任を負います。なお、紛失した資格確認書を発見したときは直ちに返納いたします。

令和　年　月　日　被保険者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿

●資格確認書の再交付には、１枚につき1,000円の再交付手数料をいただきますので、事前に下記の当健保口座宛に被保険者名義でお振込みの上、振込控え（インターネットバンキングの場合は振込終了後画面を印刷）をこの届出書類裏に添付してください。（振込手数料はご本人負担になります）
●一度入金された再交付手数料は、理由にかかわらず再交付手数料の返金はいたしませんのでご了承ください

振込口座：三菱UFJ銀行　品川駅前支店　普通４０１７６３０
名義　　：コムシスホールディングス健康保険組合（コムシスホールディングスケンコウホケンクミアイ）

事業主欄

上記のとおり被保険者から交付の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

電話番号

受付日付印

振込用紙添付

提出先： 所属会社の社会保険担当（任意継続の場合は健保に直送）