ユニマット健康保険組合　御中

被保険者証　　滅　失
資格確認書　交付・再交付　申請書

常務理事	事務長	係長		係員

◎再交付理由が破損の場合は、現行の「資格確認書」を添付してください。

※資格確認書は、医療機関等でマイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることが出来ない状況にある場合に交付するものです。

資格確認書 記号	資格確認書 番号	氏　名	生　年　月　日
		(フリガナ)	□ 昭 和　年　月　日 □ 平 成

被保険者の住所	郵便番号	－	電話番号（日中の連絡先）	

交付・再交付が必要な方（該当番号に〇をする）

1 被保険者（本人が保持しているもの）

2 被扶養者（家族が保持しているもの）

右記に再交付が必要な被扶養者氏名

氏　名	生　年　月　日	続柄
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	

交付・再交付の理由（該当番号に〇をする）

1. 紛失・滅失・破損　2. 盗難　3. マイナンバーカードの返納
4. マイナンバーカードの電子証明証の更新を失念　5. その他

1. 紛失・滅失・破損の場合、至った状況（できるだけ詳細に記入ください）

（年月日：　　場所：）

5. その他の場合の申請理由

（　　）

資格確認書を紛失・滅失・破損してしまいました。今後は取扱いに十分注意します。
紛失した資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者署名・捺印

印

2　盗難　（悪用されるケースも想定されますので、警察への届出をおすすめします。）

盗難にあった年月日と場所

（令和　　年　　月　　日

場所）

盗難にあった状況（できるだけ詳細に記入ください）

（　　）

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

上記のとおり被保険者から資格確認書の交付申請がありましたので届出いたします。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	