

健 保 使 用 欄	常務理事	事務長	担当

東京海上日動健康保険組合 御中 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	枝番
				00
	氏 名	(フリガナ)		

再 交 付 （ 減 失 ） 対 象 者	再交付対象者の被保険者等 記号・番号・枝番	記号	番号	記号	※枝番を含め、全て正確に記入してください		
	再交付対象者氏名	(フリガナ)			生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	再交付対象者住所	郵便番号 （ ） 都道 市区 府県 町村					
	再交付対象者の連絡先(電話番号)						
	申請事由等	事由発生日		令和 年 月 日			
☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ その他 （ ）							
事由発生時の状況を詳細にご記入ください							
資格確認書の再交付について		☐ 希望する ☐ 希望しない					
マイナ保険証について※		☐ 持っている ☐ マイナンバーカード申請中 (後日保険証利用登録予定) ☐ 持っていない					

※マイナ保険証とは、保険証利用登録済みのマイナンバーカードのことです

紛失した資格確認書が万一不正使用された場合は、私が一切の責任を負います。また、発見された場合は、発見された資格確認書をただちに返却いたします。

被保険者(社員本人)署名： (印)

* 現物が残っていない場合(盗難・紛失)は念書に必ず署名・捺印をお願いします。
(現物が残っている場合は記入不要ですが、残っている現物を添付してください。)

事業所記入欄	事業所の所在地・名称・事業主・連絡先

受 付