

註)
使用可能な健康保険証（2025年12月1日までは使用可能です）を
お持ちの方は、申請対象外です。

健保組合確認欄				
常務理事	事務事長		担当	担当

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

川崎汽船健康保険組合 理事長 殿

提出年月日 令和 年 月 日

被保険者(届出者)				
記号	-	番号	(7桁)	生年月日
				昭・平・令
			氏名	年 月 日

(再) 交付対象者					↓※下記申請理由より(番号)を選択記入	
①	(7桁)	続柄	申請理由	生年月日	昭・平・令	
				年 月 日		
②	(7桁)	続柄	申請理由	生年月日	昭・平・令	
				年 月 日		
③	(7桁)	続柄	申請理由	生年月日	昭・平・令	
				年 月 日		

※ 申請理由について、別途確認させていただく場合があります

申請理由	1	マイナンバーカードを紛失したため	<有効期限>
	2	マイナンバーカードの更新手続き中のため	交付日から2ヶ月
	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	<有効期限>
	6	マイナンバーカードを返納したため	2029(令和11)年11月30日
	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(または被保険者証)を毀損・滅失したため(下記⑧の「毀損・滅失届」を記入)	

「資格確認書 毀損・滅失届」(申請理由 8 を選択した場合記入)

※ 届 毀損 / 滅失 何れかにチェック (☑)

<input type="checkbox"/> 毀損 (毀損の場合には、必ず申請書に毀損資格確認書を添付して下さい)	理由(紛失の日時、場所など具体的に記入してください)	
<input type="checkbox"/> 滅失	上記の理由により、健康保険資格確認書(または被保険者証)を滅失してしまいました。 滅失した資格確認書(または被保険者証)により万一事故が発生した場合は、私(申請者)が全責任を負い補償いたします。 なお、滅失した資格確認書(または被保険者証)を発見した場合は、遅滞なく返却いたします。	
届出をした警察署 署 派出所	届出日時 年 / 月 / 日 / 時 頃	受付番号

自宅外で紛失したり、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け出てください。
事業主の証明が得られない場合は、申請者(被保険者本人)と毀損・滅失該当者を確認できる公的証明書(写)の添付が必要です。

事業主の証明	上記申請は、被保険者本人の申出によるものであり、 毀損・滅失の事実に相違ないことを確認しています。
	事業所所在地
	事業所名
	事業主名

受付年月日

健保組合使用欄			
書回収(滅失)	令和 年 月 日	/	/
書再交付	令和 年 月 日	/	/
手数料処理	令和 年 月 日	/	/