

常務理事	事務長	担当者

事業主 確認欄	各長	担当者

健康保険被保険者証紛失届(資格確認書交付申請書)

下記のとおり健康保険被保険者証の紛失(および資格確認書交付申請)を届出いたします。

		申請日 令和 年 月 日	
被保険者 記号番号	【記号】 — 【番号】	電話 番号	トール: 他 :
所属			
被保険者 氏名		生年 月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 -		

紛失した 対象者	氏名	続柄	生年月日
			昭和 平成 令和 年 月 日
警察への届出番号 (警察署へ紛失を届出のうえご記入ください。)		警察署 号	
<p>誓約事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 紛失した被保険者証を発見したときは、速やかに健康保険組合に返却いたします。 紛失した被保険者証を不正使用され、健康保険組合から請求があった場合はその責を負います。 <p>北海道電力健康保険組合理事長 殿</p> <p>住 所 _____</p> <p>被保険者氏名 _____</p>			

<p>資格確認書の発行要否に○印をつけてください。 また、必要な場合については下欄から申請理由を選択のうえ、必ず○印をご記入ください。 (資格確認書とは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方について、 医療機関等へ提示することで保険診療を受けられるようにするものです。)</p>	必要 ・ 不要
<p>申請理由</p> <ol style="list-style-type: none"> マイナンバーカードの更新手続き中のため 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 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 マイナンバーカードを持っていないため(紛失・未申請・返納) 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 	