

記入例

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

わからない時は会社・健康保険組合で確認して記入してください

	事務長			係

被 保 険 者	記号	1	番号	1 2 3 4 5	資格取得日	昭和・平成・令和 2年4月1日	性別	男・女	健保受付日付印
	氏名	カガナ メイテツ タロウ 名鉄 太郎			生年月日	昭和・平成 2年10月10日			
	被保険者勤務地	〇〇〇 事業部							
再交付する対象者	1. 被保険者 2. 被扶養者 (被扶養者名: 名鉄 花子)								
申請の理由	右記より必ず選択して下さい。 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								
上記の通り申請します。 後日この保険証を発見した際は、ただちに返納することを誓約します。									
令和 6 年 1 2 月 1 5 日 被保険者(自署の場合押印不要)					住所 〒451-0052 名古屋市西区栄生二丁目26-11 氏名 名鉄 太郎 印 電話 (052) 551-6131				
事業主の証明	上記の通り届出があり、調査の結果相違ないことを証明する。			事業所の名称・所在地 事業主の氏名 事業所の署名を受けてください（押印は不要です）。					

部署名・支店名を記入してください

再交付する対象者を○でかこんでください