

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	ツガナ 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。 <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> <ul style="list-style-type: none">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									1
1										
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。										
住所 〒451-0052 名古屋市西区栄生二丁目26-11 令和6年12月15日 被保険者(自署の場合押印不要) 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