

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

記入例

被 保 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		フリガナ			メイテツ タロウ		生年月日	昭和・平成 2 年 1 0 月 1 0 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		<p>右記より必ず選択して下さい。</p> <p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : 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顔写真面のコピー添付)</p> <p>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(マイナンバーカード顔写真面のコピー添付)</p> <p>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</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8 : 資格確認書を滅失・き損したため 滅失の日時・場所: ()</p>								
<p>上記の通り申請します。</p> <p>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。</p>		<p>住 所 〒 4 5 1 - 0 0 5 2</p> <p>名 古 屋 市 西 区 栄 生 二 丁 目 2 6 - 1 1</p> <p>令 和 6 年 1 2 月 1 5 日 被 保 険 者 (自 署 の 場 合 押 印 不 要)</p> <p>氏 名 名 鉄 太 郎 印 電 話 (0 5 2) 5 5 1 - 6 1 3 1</p>								
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。		<p>事業所の名称・所在地</p> <p>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)</p>							

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

申請理由1~3の場合は、有効期限3か月で発行

申請理由2, 3は有効期限確認のためマイナンバーカード顔写真面のコピーを添付すること(顔写真黒塗り可)

申請理由8の「き損」の場合、き損した資格確認書を添付すること