

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

常務理事	事務長	課長	担当

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)		個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。	
	記号・番号	記号(左つめ)	番号(左つめ)	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
	氏名	フリガナ -----		
	郵便番号		電話番号	
	住所	都 道 府 県		

対 象 者 欄	対象者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被 保 険 者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より 必ず選択ください

理 由 欄	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

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印

始末書

氏所
名属

⑩

今般、私の保管不始末により、「資格確認証」を紛失しました事は誠に申し訳なく、お詫び申し上げます。

今後、このような事の無きよう十分留意致しますので、「資格確認書」の再発行をお願い申し上げます。

尚、この件に係る全責任は私にあり、今後損害等が発生した際には、健康保険組合に対し、一切ご迷惑をお掛けしない事を誓約致します。

令和 年 月 日

丸全昭和運輸健康保険組合 理事長 殿