

健康保険資格確認書(再)交付申請書

専務理事	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険被保険者等		被保険者の氏名				生年月日			資格取得年月日				
記号	番号	(氏)		(名)		昭和 平成	年	年	年	昭和 平成 令和	年	年	年
被保険者の住所									備考				
〒 -													

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏名		生年月日		続柄	申請理由	理由欄
		(氏)	(名)	昭 平	年 月 日	本人	右記、理由欄より必ず選択ください	
被扶養者欄		(氏)	(名)	昭 平 令	年 月 日		右記、理由欄より必ず選択ください	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(被保険者証)を滅失・き損したため
		(氏)	(名)	昭 平 令	年 月 日		右記、理由欄より必ず選択ください	
		(氏)	(名)	昭 平 令	年 月 日		右記、理由欄より必ず選択ください	
		(氏)	(名)	昭 平 令	年 月 日		右記、理由欄より必ず選択ください	

上記のとおり被保険者から資格確認書の再交付申請がありましたので提出いたします。
 なお、今後は資格確認書を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出者代行印

◎資格確認書がき損となったための再交付申請であるときは「き損」となった資格確認書をこの申請書に添付してください。
 東京貨物運送健康保険組合