

健保組合 処理欄	旧資格確認書発行	無・有 (期限: 年 月 日)	常務理事	事務長	係長	係員
	(再)交付理由	1 2 3 4 5 6 7 8 9				
	備考					

記入例

資格確認書 (再)交付申請書

受付印

◇太枠内をボールペン(フリクション・鉛筆不可)で、もれのないように記入して下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者	記号番号 11 - 1234	従業員 No. 123456	フリガナ ケンボ タロウ	氏名 (自署) 健保 太郎	
	事業所名	トヨタ紡織(株) (その他の事業所)				
	所属	刈谷 工場 刈谷製造 部 刈谷製造 室・課		内線 811 - 8111		
	被保険者 住所・連絡先	〒 448 - 8651		TEL (0566) 26 - 0305 愛知県刈谷市豊田町1丁目1番地		
	交付対象者① (続柄)	氏名 健保 花子	続柄 妻	生年月日 昭和 50 年 1 月 5 日	申請理由 1	<small>下記、理由欄より必ず選択ください</small>
	交付対象者② (続柄)	氏名	続柄	生年月日 年 月 日	申請理由	<small>下記、理由欄より必ず選択ください</small>
	交付対象者③ (続柄)	氏名	続柄	生年月日 年 月 日	申請理由	<small>下記、理由欄より必ず選択ください</small>
	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 9 : 健康保険証を滅失・き損し、かつ1~7に該当するため				
	事業所証明欄	上記の通り被保険者から(再)交付申請がありましたので届出するとともに、上記記載事項に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				

事業所にて証明