

伺・交付年月日：					適用9
常務理事	事務長	事務長代行	業務課長	係長	担当者

## 健康保険 資格確認書（再）交付申請書

【注意事項】

☆ ☆ ☆ ☆ ☆  
 減失された被保険者証又は資格確認書は、クレジットカードのように、記号・番号を停止・変更することはできません。  
 き損、無余白の場合は、対象の被保険者証又は資格確認書を添付してください。  
 被保険者証・資格確認書を紛失された場合の減失届の添付は不要です。  
 資格確認書の再交付を受けた後、減失した被保険者証又は資格確認書が発見された場合は、発見された被保険者証又は資格確認書を健保組合へ返還してください。  
 任意継続被保険者の方は、身分証明書（運転免許証写真・パスポート写真他）を添付ください。  
 発行手数料は、無料です。

① 被保険者の 記号・番号		②被保険者の 氏名・生年月日	氏名：  生年月日：昭・平・令 年 月 日		
③ 被保険者の 現住所	〒 ( ) 電話 ( )				
④ 被保険者が勤務 する事業所	所在地				
	名称				
⑤ 交付を申請する 該当者氏名・生 年月日をご記入 ください。 申請理由は理由 欄より必ず選択 ください。	対象者	交付する対象者氏名	生年月日	申請理由欄の 番号を記載	
	被保険者		同上		
	被扶養者		昭・平・令 年 月 日		
	被扶養者		昭・平・令 年 月 日		
	被扶養者		昭・平・令 年 月 日		
⑥ 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	資格確認書を減失・き損したため			
令和 年 月 日提出					
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いたします。			※ 受付日付印		
年 月 日証明					
事業所所在地					
事業所名称					
事業主氏名					
電話 ( )					