健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

	申 請 年 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日									
被保険者等	被保険者氏名 (生年月日) 卿									
恢 体 陝 有 守	番号 (年月日生)									
所属事業所	(会社名) (室·部·支店(社)) (課·所)									
(再)交付者 氏 名										
続 柄	生年 年 月 日 月									
	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									
理由	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:被保険者証、資格確認書を滅失・き損したため(状況を詳しく記入すること)									

	事	業	主	欄				
左記の通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。								
年	月		目					
事業所所在地								
事業所名称								
事業主氏名								

	受 付	⊨l1
/		``
ĺ		,
į		į
,		/
`\		/
``		
	`	

	組合付	交	交付決定年月日		常務理事	事務長	係	係	係	処理月	
		付									
被保険者のマイナンバー記載欄 (記号・番号を記入した場合は記入不要)	処理	決 定 伺	年	月	日						

(2024.11)