

塩野義健康保険組合理事長殿

健康保険資格確認書（再）交付申請書

|                                                                                                             |                |                                                                                                                                                                                                      |       |  |                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|-----------------------------|--|
|                                                                                                             | 提出日            | 令和      年      月      日                                                                                                                                                                              |       |  |                             |  |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                                                                             | 被保険者等<br>記号・番号 | —                                                                                                                                                                                                    | 氏名No. |  | 被保険者<br>戸籍氏名                |  |
|                                                                                                             | 会社名            |                                                                                                                                                                                                      | 事業所   |  | 所属                          |  |
|                                                                                                             | 被保険者住所         | 〒      —<br>TEL :                                                                                                                                                                                    |       |  |                             |  |
|                                                                                                             | 交付対象者<br>の氏名   | フリガナ                                                                                                                                                                                                 |       |  | 生年月日                        |  |
|                                                                                                             |                |                                                                                                                                                                                                      |       |  | □昭□平□令      年      月      日 |  |
|                                                                                                             | 申請理由           | <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失したため<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカードの更新手続き中のため<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 資格確認書を滅失・き損したため |       |  |                             |  |
| <p>(注意)    滅失した資格確認書が見つかった時は、再交付した資格確認書をただちにお返しください。</p> <p>            き損による再交付申請の時は、き損の資格確認書を添付して下さい。</p> |                |                                                                                                                                                                                                      |       |  |                             |  |

※被保険者記入欄のみご記入ください。

事業主受付

|                                           |                                                               |      |     |   |          |                |  |  |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------|-----|---|----------|----------------|--|--|
| 健<br>康<br>保<br>険<br>組<br>合<br>処<br>理<br>欄 | 資格確認書（再）交付可否伺                                                 |      |     |   | 備 考      | 資格確認書<br>の 作 成 |  |  |
|                                           | 上記資格確認書（再）交付申請に対して<br>資格確認書の交付の可否を伺います<br><br>可      ・      否 |      |     |   | 健康保険組合受付 |                |  |  |
|                                           | 理事長                                                           | 常務理事 | 主 任 | 係 |          |                |  |  |
|                                           |                                                               |      |     |   |          |                |  |  |