

健康保険資格確認書（再）交付申請書

	提出日	令和 * * 年 * * 月 * * 日				
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	* * - * * *	氏名No.	* * * * *	被保険者 戸籍氏名	健保 太郎
	会社名	* * * * *	事業所	* * * * *	所属	* * * * *
	被保険者住所	〒 * * * - * * * * * * 市 * * 区 * * 町 * - * TEL : * * - * * * * - * * * *				
	交付対象者の 氏名	フリガナ ケンボ イチロウ			生年月日	
		健保 一郎			□昭☒平□令 * * 年 * * 月 * * 日	
	申請理由	☐ マイナンバーカードを紛失したため ☐ マイナンバーカードの更新手続き中のため ☐ 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 ☒ 資格確認書を滅失・き損したため				
（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。 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。						

※被保険者記入欄のみご記入ください。

事業主受付

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