

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

適用課長	課長補佐	担 当

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所番号	8001	入力印	受付印
	事業所所在地	〒 -		
	事業所名称	任継		
	事業主氏名	()		
	Tel	()	社会保険労務士記載欄	
			氏 名 等	

被保険者記入欄	① 被保険者等番号		② 被保険者氏名	(フリガナ) (氏)	(名)
	③ 対象者	1. 被保険者(本人)のみ 2. 被扶養者(家族)のみ 3. 被保険者(本人)及び被扶養者(家族)	④ 被保険者住所	〒 -	
	⑤ 交付対象者名	⑥ 続柄	⑦ 生年月日	⑧ 申請理由 (下記より選択してください)	
			昭・平・令 年 月 日		
			昭・平・令 年 月 日		
			昭・平・令 年 月 日		
			昭・平・令 年 月 日		
	令和 年 月 日 東京西南私鉄連合健康保険組合 理事長殿 被保険者氏名 ㊞				

- « 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
 - 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
 - マイナンバーカードを作っていないため
 - マイナンバーカードを返納したため
 - マイナ保険証による受診は第三者（介護者など）のサポートが必要なため
 - 健康保険被保険者被扶養者氏名・生年月日・性別（変更・訂正）を行ったため
 - 資格確認書を滅失・き損したため

記入方法

被保険者記入欄

- ①被保険者等番号 : 「被保険者等」の番号を、必ずご記入ください。
- ②被保険者の氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同一氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
- ③対象者 : 被保険者(本人)のみ・被扶養者(家族)のみ・被保険者(本人)及び被扶養者(家族)のいずれか該当番号に○を付けてください
- ④被保険者の住所 : 組合に届け出ている住所を記入してください。
住所が変わる場合は別途「住所変更・別居・同居申請書」を提出してください。
- ⑤交付対象者名 : 対象者の氏名を記入してください。
- ⑥続柄 : 対象者の続柄を記入してください。
- ⑦生年月日 : 対象者の生年月日を記入してください。
- ⑧申請理由 : 上記理由より、該当の番号を記入してください。

本人の押印 省路確認	右欄㊸か㊹に該当 ☐	この届出は ㊸申請者本人（被保険者）が作成したものである ㊹記載内容について誤りがないか申請者本人（被保険者）が確認している
---------------	--------------------------------------	--