

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

下記の申請に偽りがないことを証明します

GL・課長	連絡先電話番号

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

申請日: 年 月 日

被保険者情報	記号・番号	記号 <input type="text"/> <input type="text"/> - 番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	被保険者氏名 (申請者氏名)	フリガナ
	生年月日	生年月日 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	事業所名 (会社名)	
	所属	勤務地 <input type="text"/> 部署 <input type="text"/>	部 <input type="text"/>	室・課 <input type="text"/>
	内線または外線			
	自宅住所	都 道 <input type="text"/> 府 県 <input type="text"/>		
	電話番号			

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分
	被保険者	フリガナ氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	フリガナ氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

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 : 資格確認書を滅失・き損したため

事業主欄	被保険者から再交付申請がありましたので届出するとともに、上記記載事項に相違ないことを証明します。
	事業所所在地 <input type="text"/>
	事業所名称 <input type="text"/>
	事業主氏名 <input type="text"/>
	電話番号 <input type="text"/> 本欄記入ご担当者名 <input type="text"/>

健康保険組合受付欄		
常務理事	事務長	係

提出経路	申請者 → 事業所担当者(TGの方は、TGウエルフェア㈱ 管理部 給与Tへ) → 健康保険組合
------	---