

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	連絡先の電話番号

記入例

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: 令和 年 月 日

被保険者情報	記号・番号	記号 番号 1 1 - 1 1 1 1 1	被保険者氏名 (申請者氏名)	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎
	生年月日	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 5 5 年 0 5 月 0 5 日	事業所名 (会社名)	〇 〇 〇 〇 株式会社
	所属	勤務地 部署 井之口 〇 〇 〇 〇 部 〇 〇 〇 〇		
	内線または外線			
	自宅住所	愛知 都 道 府 県 稲沢市井之口町中四反畑4500番地		
	電話番号			090-9999-9999

対象者欄	対象者	1 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)および被扶養者(家族)分
	被保険者	フリガナ 氏名 同上 生年月日 同上 申請理由 5 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 健保 花子 生年月日 3 1 昭和 2 平成 3 令和 0 6 年 1 2 月 0 2 日 申請理由 5 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 生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 申請理由 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 生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	<p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</p>
-----	--

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。	合受付欄
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号		
本欄記入ご担当者名		

この欄は下記で証明が受けられます

- ・TGの方・・・TGウェルフェア(株) 管理部 給与T
- ・TG以外の方・・・各事業所の総括部門(人事・総務)
- ・任継の方・・・直接健康保険組合へ送付ください

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