

健康保険 資格確認書(再) 交付申請書

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

受 付 日 付 印			雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
	伺 令 和 年 月 日						
	常 務 理 事		事 務 長		係		

令和 × 年 × 月 × 日提出

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号 (* 1)	記号	1010	被 保 険 者 氏 名 生 年 月 日	健 保 太 郎 昭 ・ 平 × × 年 × 月 × 日
	番号	99999		

被 保 険 者 住 所 (居 所)	〒000 - 0000 00県00市00町1-2-3
------------------------	-------------------------------

再 交 付 が 必 要 な 者 の 氏 名 生 年 月 日 続 柄 申 請 理 由 番 号	氏 名	生 年 月 日	続 柄	申請理由番号 下記理由欄より 該当する番号を 記入
	健保 太郎	昭 ・ 平 ・ 令 × 年 × 月 × 日	本人	1
	健保 花子	昭 ・ 平 ・ 令 × 年 × 月 × 日	妻	9
		昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		

理 由 欄	1. マイナンバーカードの紛失 2. マイナンバーカードの更新手続き中 3. マイナンバーカードの未取得 4. マイナンバーカードを返納した 5. マイナンバーカードの有効期限切れ 6. マイナンバーカードを取得しているが、健康保険証利用の未登録 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. 資格確認書のき損(き損した証を添付) 9. 資格確認書の滅失(以下を記入) 滅失理由 (令和×年×月×日に、資格確認書の入ったカバンを電車内に置き忘れた。) 届出した警察署名・受理番号 (00警察署 ・ 000) ☒ 滅失した証を発見した時にはただちに再交付された新証を返納することを誓約いたします。(確認後□にチェック)
-------	--

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 番 号	(事業主の証明) 未記入のまま提出してください。 提出先： SATO 社会保険労務士法人 もしくは 各会社の健康保険担当部門(人事・総務/担当者) * 健康保険組合へ提出ではありません。 提出先については各会社の健康保険担当部門へお問い合わせください。
-------------------------------------	--

(* 1) 被保険者等記号・番号が不明な場合は①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書 (R7. 12. 1 までは健康保険証)、④事業所の健康保険担当部門 (人事・総務/担当者) のいずれかでご確認ください。

※き損の場合は、き損状態の現物を添付してください。
※滅失の場合は、滅失理由、警察の届出 (遺失届・盗難届) ・受理番号を記入してください。
※再交付手数料は不要です。