

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

記号	1	1	番号								
被保険者	氏名		生年月日	昭和 平成		年		月		日	
(再)交付申請の 対象となる者	氏名		生年月日						申請理由		
			昭和 平成			年		月		日	下記、理由欄より必ず選択ください。
			昭和 平成			年		月		日	下記、理由欄より必ず選択ください。
			昭和 平成			年		月		日	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作っていないため 2 : マイナンバーカードを紛失したため 3 : マイナンバーカードの更新手続き中のため 4 : 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 5 : 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 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 : 資格確認書を紛失・き損したため(紛失の場合のみ1枚につき500円)										
<b>&lt;注意事項&gt;</b> ・紛失による再交付のときは、 <b>1枚につき500円</b> の手数料を添えて申請してください。 ・き損の場合は手数料は無料です。必ず、き損した「資格確認書」を添付してください。 ・手書きの方は黒色ボールペンでご記入ください。 ・紛失の場合はご自身で警察署に届出をしてください。											
事業所所在地	〒 - 令和 年 月 日提出										
事業所名称											
事業主氏名											
電話番号	( )										
付 年 月 日 受											

※書類経路:被保険者→FUJIIは人事・グループ会社は総務(事業主証明)→健保組合