

健康保険 資格確認書

- 交付申請書
- (再)交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	氏名	フリガナ		
	郵便番号		電話番号	
	住所	都 道	府 県	

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)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	生年月日	申請理由
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

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

※再発行手数料として、一枚当たり500円(+振込手数料)が必要です。入金を確認できてから事業所へ発送します。

振込先 : 池田泉州銀行 城東支店 普通預金 口座番号 0020208 口座名義 榎本チエイン健康保険組合

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印
