

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

生長会健康保険組合 理事長 様

本人確認欄（本人確認のため □にチェック願います）
 申請者本人（被保険者）が作成したものである。

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

個人番号 (マイナンバー)		個人番号または記号・番号の いずれかを記載ください
被保険者等 記号・番号	(記号)	(番号)
被保険者 の氏名	フリガナ	性 男 別 女 生 年 月 日 昭 和 平 成 年 月 日
被保険者 の現住所	〒 ー	
被保険者の 勤務施設名称		
(再)交付対象者の氏名		生年月日
被 保 険 者	同上	同上
被 扶 養 者	昭 平 令	年 月 日 男 女
被 扶 養 者	昭 平 令	年 月 日 男 女
被 扶 養 者	昭 平 令	年 月 日 男 女
申 請 理 由	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・毀損したため	

年 月 日 提出

受付日付印

上記のとおり被保険者から再交付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 <hr/> 事業所担当者確認欄 <input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。
--