

# 健康保険 資格確認書(再)交付申請書 (記入例)

常務理事	事務長	担当者

生長会健康保険組合 理事長 様

被保険者 記号・番号	△△△		△△△△△△					
被保険者の氏名	(フリガナ) セイチョウ ハナコ 生長 花子			性 別	男 女	生 年 月 日	昭和 平成	9年 5月 1日
被保険者の現住所	★日中連絡の取れる電話番号 XXX-XXX-XXX 〒 594-0071 大阪府和泉市府中町2-1-2							
被保険者の勤務施設名	○○○○病院							
申請理由 (下記の「申請理由」欄に該当する番号をご記入ください。)								
1 : 資格確認書を滅失・毀損したため								
2 : その他理由 _____								
(再) 交付対象者の氏名	生年月日			性別	続柄	申請理由 (上記番号を記入)		
生長 花子	昭 平 令	年	月	日	男 女	本人	1	
生長 太郎	昭 平 令	年	月	日	男 女	子	1	
	昭 平 令	年	月	日	男 女			
	昭 平 令	年	月	日	男 女			
被保険者のマイナンバー記載欄 ★被保険者記号番号を記入した場合は不要です								

年 月 日 提出

事業主欄	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
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。	

受付日付印

★任意継続の場合、事業主欄の記入は不要です。