

健康保険「資格確認書」(新規・再) 交付申請書

R6.12.2改

被 保 険 者 情 報	記号		番号		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	カナ				勤務先 箇所名				
	氏名								
	住所	郵便番号							
日中の 連絡先	携帯 ・ 勤務先 ・ 自宅			— —					
交 付 対 象 者 情 報	カナ			生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由
	氏名								下記、理由欄 より必ず選択!
	カナ			生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由
	氏名								下記、理由欄 より必ず選択!
カナ			生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由	
氏名								下記、理由欄 より必ず選択!	
カナ			生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由	
氏名								下記、理由欄 より必ず選択!	
理 由 欄 (選 択 項 目)	<p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8 : ※ 資格確認書を紛失・毀損したため(資格確認書の再交付)</p> <p>※ 理由番号8(紛失・毀損)の場合は、1枚につき発行手数料2,000円が掛かります。 振込日 令和 年 月 日</p> <p>振込先: 三井住友銀行(0009)・東京中央支店(015)・普通預金・キンキニッポンツアーリストケンコウホケンクミアイ</p>								
記号番号が不明な場合に限り、 個人番号(マイナンバーをご記入ください)									
事 業 主 欄	所在地 名称 事業主名 電話番号								
健 保 欄	常務理事	事務長	担当	担当	(再)交付年月日	備 考			受付印
					令和 年 月 日				