

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

被保険者等 記号・番号	記号 番号 —	事業所 (勤務先) の名称	
被保険者の 氏名	フリガナ		
交付希望 対象者	本人 ・ 家族 (氏名: 分)		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
理由欄	<p>※該当する番号に○をしてください</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. マイナンバーカードを紛失した為</li> <li>2. マイナンバーカードの更新手続き中のため</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>5. マイナンバーカードを作っていないため</li> <li>6. マイナンバーカードを返納したため</li> <li>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</li> <li>8. 資格確認書を滅失・き損したため</li> <li>9. 健康保険証を滅失・き損したため</li> </ol>		
<p>上記により交付をお願いします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>大和ハウス工業健康保険組合理事長殿</p>			

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	

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入 欄	
---------------------------	--

※任意継続(記号901)又は特例退職(記号905)の方は身分証明書のコピーも添付願います。