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

被保険者情報	被保険者等記号-番号	－	個人番号	※左欄の記入があれば不要です。 －　　－
	氏名		生年月日	年　月　日
	住所	〒　　－		
	電話番号			

		フリガナ 氏名	続柄	生年月日	申請理由
交付対象者	1			年　月　日	
	2			年　月　日	
	3			年　月　日	
	4			年　月　日	

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・棄損したため
9. その他(　　)

※該当する番号を記入してください。

事業主証明欄

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。

年　月　日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名　　㊞
電話番号

受付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

千葉県自動車販売整備健康保険組合