

適用)15

田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

記号・番号	記号(左つめ)	番号(左つめ)	生年月日
			年 月 日
氏名	フリガナ		
郵便番号	—	電話番号	
住所			

対象者	フリガナ	生年月日	申請理由
被保険者	氏名 同上	同上	下記理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日	申請理由 下記理由欄より必ず選択ください
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日	申請理由 下記理由欄より必ず選択ください
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日	申請理由 下記理由欄より必ず選択ください

理由欄	<p>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・き損したため</p>
-----	---

以下ご確認いただきチェックをお願いします

1~8の理由以外の申請ではありません

氏名、記号変更等の記載事項の変更以外による再発行には再発行手数料1,000円がかかります

事業主欄	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。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号
------	---