

(被保険者→事業主→健康保険組合)

交付年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

決 定	令和	年	月	日
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

資格確認の交付を希望する場合にご使用ください

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

(申請者・被保険者)

住 所 _____

氏 名 _____

下記のとおり申請します

健康保険資格情報 記号と番号	記号 番号	事業所名称	
被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日

再交付申請の対象となる者(本人・家族)

フリガナ 氏 名	生年月日	続柄	性別	現 住 所	申請理由
	(昭和・平成・令和) 年 月 日		男・女		☐ 下記、理由欄より 必ず選択ください
	(昭和・平成・令和) 年 月 日		男・女		☐ 下記、理由欄より 必ず選択ください
	(昭和・平成・令和) 年 月 日		男・女		☐ 下記、理由欄より 必ず選択ください
	(昭和・平成・令和) 年 月 日		男・女		☐ 下記、理由欄より 必ず選択ください

理 由 欄	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
-------------	---

事 業 主 の 証 明 欄	令和 年 月 日 所在地 事業主 名 称 氏 名
---------------------------------	---

※記載上の注意

1. き損による再交付申請である時は、き損した被保険者証を、この申請書に必ず添付。
2. 再交付申請の対象となる者「本人・家族」のうち再交付するほうを○で囲んでください。

受付日付印