

健康保険 資格確認書(再)交付申請書(一般用)

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

中核会社の記号はFG→5000、BK→5002、TB→5007、RT→5008、SC→5095、番号は行員番号をご記入ください。

被保険者情報	記号	番号	住所	〒0000-0000 東京都00区00 00-0
	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	氏名	みずほ 太郎	
	事業所名	(株)みずほ銀行	所属部室店名	〇〇部 (建屋名: 大手町本部ビル)
	勤務先電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
申請対象者欄	申請対象者 ※該当するものにチェック	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input checked="" type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者①	フリガナ 氏名	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	2 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	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	2 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	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日	2 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者④	フリガナ 氏名	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日	2 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 4 : 資格確認書を滅失・き損したため 5 : 被保険者又は被扶養者がみずほ健保に氏名変更申請をした 6 : その他(マイナンバーカードを返納した等)			

元号を〇で囲んでください。

押印要

みずほ

申請理由を必ず選択してください。

元号を〇で囲んでください。

被保険者本人が記入する欄ではありません。

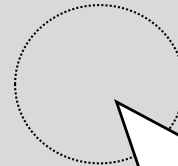
上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。

事業主印

事業所の所在地 東京都〇〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇

事業所名称 株式会社 〇 〇 〇 〇

事業主氏名 〇 〇 〇 〇 〇



事業主印が無いものは受理できません。ご注意ください。

事業主の証明 : FG、BK、TB・・・支店→支店長、本部→所属部長
関連会社の方は、事業所健保担当部署で証明を

処理日	常務理事	事務長	次長	係員
令和 年 月 日				