

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	〒
	生年月日		フリガナ	
	5 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日	氏名	印
	事業所名		所属部屋店名 (建屋名:)	
勤務先 電話番号		携帯電話		
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)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
		生年月日	申請理由	
	被保険者	フリガナ 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	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日	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	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日	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	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	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)のサポートが必要なため			
	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ため(マイナ保険証なし)			
	6 : その他(マイナンバーカードを返納した等)			

事業主の証明	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
	事業所所在地	
	事業所名称	
事業主氏名		

事業主の証明 : FG、BK、TB・・・支店→支店長、本部→所属部長 SC、RT・・・人事部長
関連会社の方は、事業所健保担当部署で証明を受けてください。

受付日付印

処理日	常務理事	事務長	次長	係員
令和 年 月 日				