

資格確認書（再）交付申請書

留意事項	以下のいずれかに該当する場合のみ、本申請書を提出してください
	☐ 交付済みの健康保険証、資格確認書、マイナンバーカードを滅失・き損しマイナ保険証が利用できない場合。 健康保険証、資格確認書を紛失した場合は、本申請書と合わせて「滅失届」を提出してください。 ☐ 新規加入（入社・出生・家族の加入）以外で、下記の申請理由による場合。 入社および、出生や結婚などで日本触媒健保に初めて加入する人は、本申請書は不要（資格取得届・被扶養者異動届で届出）です。

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・き損したため ※あわせて「滅失届」を提出してください。

被保険者の記入欄	記号番号	記号 番号	被保険者 氏 名	生年月日	年 月 日
	(再)交付を 希望する 者の氏名	氏 名		生 年 月 日	申請理由
				年 月 日	☐ 上記、理由欄より必ず選択ください
				年 月 日	☐ 上記、理由欄より必ず選択ください
				年 月 日	☐ 上記、理由欄より必ず選択ください
			年 月 日	☐ 上記、理由欄より必ず選択ください	
	この届出について、申請理由に間違いはありません。 ☐ 確認のうえ、 ☒ を入れてください。				
	上記のとおり資格確認書の(再)交付を申請します。				
	令和 年 月 日 被保険者住所				
	氏名				
電話番号					
日本触媒健康保険組合理事長殿					

事業主の記入欄	上記のとおり被保険者から資格確認書の(再)交付申請がありましたので提出いたします。
	令和 年 月 日 事業主住所
	名称
	氏名
日本触媒健康保険組合理事長殿	

組合の記入欄			常務理事	事務長	係
	資格取得	年 月 日			
	資格喪失	年 月 日			

受付印