

資格確認書（再）交付申請書

記入見本

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
	<input type="checkbox"/> 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、本申請書とあわせて「滅失届」を提出してください。
	<input type="checkbox"/> 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	<ol style="list-style-type: none"> マイナンバーカードを紛失したため マイナンバーカードの更新手続き中のため 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 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 マイナンバーカードを作っていないため マイナンバーカードを返納したため 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 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	1010 1234	被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	S40年4月20日
	(再)交付を希望する者の氏名	氏名	健保 花子	生年月日	S45年6月20日	<input checked="" type="checkbox"/>	8 上記、理由欄より必ず選択ください
		氏名		生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/>	上記、理由欄より必ず選択ください
		氏名		生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/>	上記、理由欄より必ず選択ください
		氏名		生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/>	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。 上記のとおり資格確認書の(再)交付を申請します。						<input checked="" type="checkbox"/>	確認のうえ、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。
令和 6年12月10日		被保険者住所		大阪市北区〇〇			
日本触媒健康保険組合理事長殿		氏名		健保 太郎			
		電話番号		090-XXXX-XXXX			
							請求者は被保険者

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		
		在職者は事業主へ提出 任意継続者は健保へ提出	

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

受付印