

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	コーポレートID			
	被保険者等 記号・番号	記号	番号	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
	被保険者氏名	フリガナ		
	郵便番号		電話番号	()
	住所			

対象者欄	対象者	☐ 1 被保険者(本人)分のみ ☐ 2 被扶養者(家族)分のみ ☐ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 ☐ 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	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由 ☐ 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	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由 ☐ 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	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由 ☐ 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
	9 : 被保険者証を滅失・き損し、マイナ保険証を利用できないため

※理由欄 9:被保険者証を滅失・毀損しマイナ保険証を利用できない方は、別紙『被保険者証 滅失/毀損申請書』を一緒にご提出ください。

【提出先】

〒105-0023
東京都港区芝浦1-1-1 浜松町ビルディング
シミックグループ健康保険組合

受付日付印