常務理事	事務長		係

健康保険　資格確認書（再）交付申請書

申請日　　令和　　年　　月　　日

被保険者等 記号番号	記　号		被保険者 氏　名	㊞	
	番　号		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
事業場	名　称				
	所在地				
交付対象者 （□に✓）	□　被保険者（本人）　　□　被扶養者（家族）　　□　両方				
交付が必要な人	氏　名		続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	申請理由 （申請理由欄より必ず選択）		
交付が必要な人	氏　名		続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	申請理由 （申請理由欄より必ず選択）		
交付が必要な人	氏　名		続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	申請理由 （申請理由欄より必ず選択）		
交付が必要な人	氏　名		続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	申請理由 （申請理由欄より必ず選択）		
申請理由欄	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				

事業主欄	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。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

受付日付印

宝グループ健康保険組合