| 店番 | 店名 |
|---|---|
| | |

# 資格確認書
# (再)交付申請書

| 健保記入欄 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|---|---|---|---|
| | | | |

**重 要** ※この届は必ず、各事業所（会社）の人事部(課)へ提出して下さい。（健保への送付は不可）

## 被保険者情報

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記号・番号 | 記号(左づめ) | 番号(左づめ) | 生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 |
| 氏名 | フリガナ | | |
| 郵便番号 | | 電話番号(左づめ) | |
| 居住所 | 都 道 府 県 | | |

## 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

| | 氏名 | 生年月日 | 申請理由 |
|---|---|---|---|
| 被保険者 | (フリガナ)<br>(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)<br>(氏名) | 1 昭和 2 平成 3 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)<br>(氏名) | 1 昭和 2 平成 3 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)<br>(氏名) | 1 昭和 2 平成 3 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

電話番号

受付日付印

平和堂健康保険組合(R6.12)