

田辺ファーマ健康保険組合理事長殿

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

記号・番号	記号(左つめ)	番号(左つめ)	生年月日
	100	99999	2 1 昭和 2 平成 3 令和 16 年 10 月 10 日
氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		
郵便番号	541	電話番号	06*****
541	都 道 大阪 府 県 大阪市中央区*****		

対象者	2	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		
対象者欄	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 ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日 2 1 昭和 2 平成 3 令和 18 年 12 月 11 日	申請理由 4 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 1 昭和 2 平成 3 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 1 昭和 2 平成 3 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) 8 : 資格確認書を滅失・き損したため いずれかに○をつけてください	記載必須 理由欄より選択ください
	内容を確認し、両方にレをつけてください。	

以下ご確認いただきチェックをお願いします
☐ 1~8の理由以外の申請ではありません
☐ 氏名、記号変更等の記載事項の変更以外による再発行には再発行手数料1,000円がかかります

事業主欄	事業所所在地	記入不要 (事業主記載)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	