

常務理事	事務長	部 長	課 長	課長代理	係 長	主 任	係	データ

### 健康保険 資格確認書（再）交付申請書

被保険者等の記号・番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日		
記号		番号		昭和 平成	年 月 日	
被保険者の住所			〒 —			
交付を希望する証 (該当する方を○で囲んでください)			・被保険者分 ・被扶養者分 → 該当者については下記に記入			
該当するものが 被扶養者場合に記入  (続柄は詳しく記入してください)			被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	
				昭和 平成 令和	年 月 日	
				昭和 平成 令和	年 月 日	
				昭和 平成 令和	年 月 日	
				昭和 平成 令和	年 月 日	
交付を希望する理由 (該当する理由に○をつけてください)			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）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			

上記のとおり資格確認書の交付を申請します。

令和 年 月 日

大阪金属問屋健康保険組合理事長 様

事業主の証明	上記のとおり被保険者から健康保険資格確認書の交付申請がありましたので提出いたします。また、届出のとおり健康保険資格確認書が必要であることを証明いたします。	
	〒 —	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電 話	( 局 ) 番	

受 付 印