

常務理事	事務長	担当者

健康保険資格確認書(再)交付申請書

以下理由欄の①から⑧により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	記号・番号	記号	番号	生年月日 昭和 平成 令和					年	月	日
	氏名	フリガナ									
	郵便番号	-			電話番号						
	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	いずれかに✓ をいれてください	☐ 新規交付	☐ 再交付	
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由		
		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 氏名	生年月日	申請理由		
			昭和 平成 令和	年	月	日
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由			
		昭和 平成 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 氏名	生年月日	申請理由			
		昭和 平成 令和	年	月	日	下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	新規交付	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
	再交付	⑧資格確認書を紛失・き損したため (き損した場合は添付してください)

手数料	再交付(紛失・き損)の場合のみ1枚につき1,000円の手数料がかかります。 振込手数料は自己負担です。振込の際、お名前に続けて被保険者欄に記入した記号番号を入力してください。	
	【振込口座】 みずほ銀行 新橋支店 (普通) 1067052 口座名: 横浜ゴム健康保険組合	※注意 後日、紛失した資格確認書が見つかった場合は速やかに 健保組合へ返却してください。 尚、理由の如何を問わず手数料の返金はいたしません。

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。		受付日付印
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--