

健康保険 資格確認書新規交付 ・ 再交付申請書 兼 減失届

(当組合発行の医療保険証である健康保険 資格確認書の新規交付及び資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証の再交付・減失に関する届出)

常務理事	事務長	担当者	

被保険者の記号及び番号		被保険者の氏名		申請 区分	1. ☐ 資格確認書の新規交付 ※下記交付対象理由欄に該当される方が発行対象です。 2. ☐ 資格確認書 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 高齢受給者証 の再交付 兼 減失(き損および無余白を含む) 3. ☐ 資格確認書 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 高齢受給者証 の減失のみ
(記号)	(番号)				

申請の対象となる方の氏名等						資格確認書 発行要否 該当者で発行が 必要な場合のみ	資格確認書交付対象理由 ※下記に該当されていない方には発行できません。	
フリガナ		性別	生年月日				被保険者 との続柄	
氏名（姓）	（名）							
		男	昭和	年	月	日	☐ 発行が必要	1. マイナンバーカードを取得していない者・紛失した者・返納した者 2. マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証としての利用登録を行っていない者 3. マイナ保険証の利用登録解除を申請した者（利用登録解除者） 4. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた者・更新手続き中の者 5. マイナ保険証による受診に第三者（介助者）のサポートが必要な者
		女	平成 令和					
		男	昭和	年	月	日	☐ 発行が必要	医療保険証を減失・き損した理由を詳しく記入してください ※無余白を除く
		女	平成 令和					
		男	昭和	年	月	日	☐ 発行が必要	医療保険証発見の際の返納誓約（減失のみ） ※き損・無余白による申請を除く
		女	平成 令和					上記に記載のとおり、医療保険証（資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証）を減失したことに相違ありません。 なお、減失した医療保険証（資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証）を発見した場合は、直ちに返納いたします。
		男	昭和	年	月	日	☐ 発行が必要	令和 年 月 日
		女	平成 令和					被保険者氏名

事業主	確認事項	この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。	留意事項 ※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者本人(被保険者)の署名が必要となります。 ※再交付の場合、本人確認書類として運転免許証(写)若しくはパスポート(写)または住民票(マイナンバーなし)などの内一つを添付してください。 ※き損、無余白による申請の場合は、該当する医療保険証を添付してください。 ※「資格確認書発行要否欄」は該当となる方が資格確認書の発行を希望される場合のみ、 ☐ 発行が必要に✓をしてください。	受付年月日
	所在地	〒 ー		
	名称			
	氏名			
	電話	(局) 番		