

常務理事	事務長	係	担当

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

被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)			
	記号・番号	記号(左つめ)	番号(左つめ)	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	
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		
	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
			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 氏名	生年月日	申請理由	
		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 氏名	生年月日	申請理由	
		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	
7 : 資格確認書を滅失・き損したため	
※ 資格確認書を紛失した場合は、警察へ届出してください。	
※ 有効期限: 1～3は受付月の翌月から3ヶ月後の月末まで。4～7は当組合が定める一律の期日まで(最長5年)。	
有効期限後、4・5・7はマイナ保険証未紐付け者に職権交付、6はマイナ保険証紐づけに関わらず職権交付します。	

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

事業所担当者印

受付日付印

住友金属鉱山健康保険組合
(2024年12月新規作成)