味の素健康保険組合　御中

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	被保険者等の	記　号	番　号	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。
	氏　名	ふりがな		生　年　月　日
				昭和・平成　年　月　日
	住　所	〒　－	都道府県　市区郡	
		電話　－　－		

対象者欄	対象者の番号に○をつけてください	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	ふりがな	生　年　月　日		下記理由欄よりご選択ください
		氏名　同上	昭和・平成　年　月　日　同上		
	被扶養者①	ふりがな	生　年　月　日		下記理由欄よりご選択ください
		氏名	昭和 平成 令和　年　月　日		
	被扶養者②	ふりがな	生　年　月　日		下記理由欄よりご選択ください
		氏名	昭和 平成 令和　年　月　日		
	被扶養者③	ふりがな	生　年　月　日		下記理由欄よりご選択ください
		氏名	昭和 平成 令和　年　月　日		

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）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

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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付印

常務理事	事務長	係		事業所担当者