

健康保険「資格確認書」（再）交付申請書

南都銀行健康保険組合 御中

年 月 日

被保険者情報	被保険者氏名	フリガナ						生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和					年 月 日
		氏名												
	個人番号（マイナンバー） ※個人番号または記号・番号 のいずれかを記入ください。												記号・番号	—
	被保険者所属	※任意継続被保険者は空欄												
	住所	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村												
電話番号	Tel													
交付申請対象者欄	交付申請対象者 ※1～3のいずれかの数字を 記入ください。		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 ※申請対象者が本人 の場合記入	氏名	同上						申請理由 下記、申請理由欄より選択	(長期・高額該当の方のみ) 一部負担金限度額（高額療養費） の適用区分の記載※				
		生年月日	同上							☐ 希望する ☒ がない場合、希望しないとしています				
	被扶養者① ※申請対象者が 家族の場合記入	フリガナ							申請理由 下記、申請理由欄より選択	(長期・高額該当の方のみ) 一部負担金限度額（高額療養費） の適用区分の記載※				
		氏名									☐ 希望する ☒ がない場合、希望しないとしています			
	被扶養者② ※申請対象者が 家族の場合記入	フリガナ							申請理由 下記、申請理由欄より選択	(長期・高額該当の方のみ) 一部負担金限度額（高額療養費） の適用区分の記載※				
		氏名									☐ 希望する ☒ がない場合、希望しないとしています			
	被扶養者③ ※申請対象者が 家族の場合記入	フリガナ							申請理由 下記、申請理由欄より選択	(長期・高額該当の方のみ) 一部負担金限度額（高額療養費） の適用区分の記載※				
氏名										☐ 希望する ☒ がない場合、希望しないとしています				
申請理由欄	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 9：一部負担金限度額（高額療養費）の適用区分が変わったため、または有効期限が切れているため													
	※	一部負担金限度額（高額療養費）の適用区分の記載を希望する場合、資格確認書の表面に標準報酬月額に基づく適用区分を表示します。 これにより、健康保険限度額適用認定証の交付申請書の提出が不要となります。（長期・高額該当の方のみ、希望する場合は ☒ ） 資格確認書と別に健康保険限度額適用認定証の発行を希望する場合、別途、健康保険 限度額適用認定証 交付申請書の提出が必要です。												
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。													
	事業所名称													
事業主氏名														

健保使用欄

常務	事務長等	担当
----	------	----