そごう・西武健康保険組合　理事長殿

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　　提出年月日：令和　　年　　月　　日

被保険者情報

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

	フリガナ / 氏名	生年月日	申請理由
被保険者	同上	同上	□ 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①		□ 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		□ 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		□ 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

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

常務理事	事務長	点検者	担当	担当

決裁印　　受付印