

資格確認書（再）交付申請書

常務理事	事務長	担当者

神栄健康保険組合 御中 提出日： 年 月 日

被 保 険 者	被保険者等 記号・番号		勤 務 先 事業所名			
	氏名				生年 月日	年 月 日
	資格取得年月日		年 月 日			

次の理由により「資格確認書」の（再）交付をお願いします。（該当理由に○印）

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

※き損（破損、印字擦れ）の場合は、き損した資格確認書を添付してください。
※盗難の場合は、警察に盗難届を出し受理番号を下記に記入してください。

交 付 が 必 要 な 対 象 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
☐ 退職のため再交付は希望しません。		(再交付を希望しない場合は ☒ を入れてください)	

滅失・紛失・盗難の場合、状況をできるだけ詳細に記入してください

日 時	年 月 日 時頃
場 所	
状況/理由	
警察への届出	1. 有 2. 無
届出受理番号	第 番
警察への届出無し の場合の理由	

誓 約 書	上記の通り、資格確認書を滅失・毀損・紛失を致しましたので再交付を申請します。 以後、資格確認書の保管につき充分注意いたします。 後日、資格確認書を発見しましたら直ちに連絡・返却いたします。
	年 月 日
	神栄健康保険組合 理事長殿
	被保険者 住所 氏名

事業主の証明	
上記のとおり相違ないことを証明します。	
事業所	所在地
名 称	
氏 名	

受付印