

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： 2024年 12月 10日

被 保 険 者	被保険者等 記号・番号	29	100	勤務先 事業所名	神栄㈱本社
	氏名	神栄 太郎	生年 月日	1985	年 12 月 12 日
	資格取得年月日	2024	年 12 月 2 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）

- マイナンバーカードを紛失したため
- マイナンバーカードの更新手続き中のため
- 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
- 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
- マイナンバーカードを作っていないため
- マイナンバーカードを返納したため
- 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
- 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
	神栄 桃子	妻	1990 年 1 月 2 日
	神栄 一郎	長男	2018 年 10 月 10 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	2024年 12 月 6 日 13 時頃
場 所	会社の近所
状況/理由	病院に診察に行き資格確認書を提示しようとした際紛失していることに気づいた。
警察への届出	1. 有 2. 無
届出受理番号	第 12345 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。 2024 年 12月 10日 神栄健康保険組合 理事長殿
	被保険者 住所 神戸市中央区〇〇99-99
	氏名 神栄 太郎

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