

# 資格確認書（再）交付申請書

常務理事	担当者	担当者

提出日（必須） 令和 XX 年 XX 月 XX 日

被保険者	被保険者等 記号・番号	記号 XXX	番号 XXXX	事業所名 〇〇株式会社 △△事業部	社員No. XXXX
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日 5.昭和 7.平成 XX 年 XX 月 XX 日 9.令和

資格確認書の (再) 交付希望対象者	対象者氏名	生年月日	続柄	申請理由
	健保 花子	5.昭和 7.平成 XX 年 XX 月 XX 日 9.令和	母	7
		年 月 日		下記、理由欄より 番号を選択
		年 月 日		下記、理由欄より 番号を選択
		年 月 日		下記、理由欄より 番号を選択

資格確認書申請理由

- 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、健康保険証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
- 健康保険証または資格確認書を滅失・き損したため

資格確認書 (再) 交付手数料	申請理由8は(再) 交付手数料として1枚につき1,000円を被保険者給与より控除致します。 任意継続被保険者は、保険料振込先口座へ振込手数料も含めた金額を納付願います。 いかなる場合も(再) 発行手数料は返金できませんのでご了承下さい。
--------------------	--

(事業主)・・・以下の記載・捺印は事業主(所属部署の事ではない)が行います。任意継続は空欄です。

事業所所在地	〒	
事業所名称	事業主が記入	
事業主氏名		
電話	( )	-

\* 被保険者 → 事業主 → J-オイルミルズ健康保険組合 (任意継続者は直接健康保険組合へ提出)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行印