

## 健康保険

## 資格確認書・高齢受給者証

## (再) 交付申請書

常務理事	事務長	担当	(事業所)

提出日 令和 3 年 4 月 1 日

社員No. 

--	--	--	--	--	--

被保険者等	記号 999	番号 9999	被保険者氏名 健保 太郎	生年月日 昭和・平成・令和 50 年 4 月 1 日	
現住所	〒 503-0916 大垣市日の出町1-1				
会社名	イビデン	所属	〇〇事業部〇〇グループ〇〇チーム		
対象者の 氏名・種類・ 申請理由	(再) 交付する該当者の氏名を記入し、資格確認書の(再) 交付をされる方は、「確認書」の欄にレ点を入れてください。高齢受給者証の再交付をされる方は、「高齢」の欄にレ点を入れてください。理由は下記理由欄より選択して番号を記入してください。再交付が不要な場合(喪失者、削除者など)は再交付不要欄にレ点を入れてください。				
		氏名	再交付種類	理由	再交付不要(滅失届)
	被保険者	同上	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 高齢		<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 高齢
	被扶養者①	健保 次郎	<input checked="" type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 高齢	1	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 高齢
	被扶養者②		<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 高齢		<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 高齢
被扶養者③		<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 高齢		<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 高齢	
被扶養者④		<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 高齢		<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 高齢	
再交付を申請する理由	* 該当する項目の番号を上記の理由欄にご記入ください。 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				
誓約書 (再交付理由8 の滅失や滅失届 の場合に被保険 者が記入)	資格確認書(高齢受給者証)を滅失しましたのでお届け致します。 今度はこのようなことがないように充分注意するとともに資格確認書(高齢受給者証)に関わるトラブルが発生した場合は一切の責任を私が負うことを誓います。 尚、後日資格確認書を発見した際は、直ちに返納致します。  被保険者氏名 _____				

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 事業主の証明

上記のとおり被保険者から交付(滅失)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

