

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リーダー Leader	担当者 In charge

資格確認書（再）交付申請書

Application Form for Issue/Reissue of Eligibility Verification Certificate

資格確認書の交付については、以下へご記入のうえ申請してください。
Fill out the form below and apply for (an) Eligibility Verification Certificate(s).

被 保 険 者 Insured person	記号/Code	番号/No.	氏名/Name		
	会社名/Company		所属/Section (TEL:)		
再 交 付 対 象 者 Card(s) to be reissued for	氏名/Name		生年月日/Date of brith(Y/M/D)	続柄 Relationship	申請理由番号 No. of reason for applying
			. .		
			. .		
			. .		
			. .		
			. .		
申 請 理 由 Reasons for applying	1	マイナンバーカードを紛失/Lost Individual Number Card			
	2	マイナンバーカードの更新手続き中/Renewal of Individual Number Card in process			
	3	マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ(再発行手続き中／予定)/ Individual Number Card electronic certificate expired (reissue in process/planned)			
	4	マイナ保険証による受診に第三者(介護者など)のサポートが必要/ Third party (e.g., caregiver) support needed to receive examinations or other medical services using a Myna health insurance card			
	5	資格確認書を紛失・き損・住所欄余白なし/ Eligibility Verification Certificate lost or damaged, or no space left to enter address			
	6	マイナンバーカードを返納/Individual Number Card returned 【2024年12月1日以前に加入して、旧来の保険証を利用中の方限定】 [Only for those joining on or before December 1, 2024 and currently using a previous health insurance card]			
	7	保険証を紛失・き損・住所欄余白なし/ Health insurance card lost or damaged, or no space left to enter address			
	8	氏名等を変更/Change of name etc.			
上記の状況により資格確認書の交付・再交付を申請いたします。旧保険証、資格確認書による不正受診等が発生した場合には、貴組合の指示に従い責任をもって対処いたします。 I request to have (an) Eligibility Verification Certificate(s) issued or reissued for the reason(s) indicated above. I will assume responsibility as instructed by the Society for any fraudulent use of the previous health insurance card(s) or Eligibility Verification Certificate(s) to receive examinations or other medical services. <div>提出日/Date sumitted (Y/M/D): / /</div>					

武田薬品健康保険組合/Takeda Health Insurance Society

注： 1. 武田薬品および任意継続の方は宛先を記入した返信用封筒を同封し、健康保険組合へ提出してください。

2. 武田薬品以外の事業所の方は、会社の健保事務担当者に提出してください。

3. き損の場合はき損した保険証または資格確認書を添付してください。

- Notes:
- 1. If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee or Voluntarily and Continuously Insured Person, send this form to the Health Insurance Society **with a self-addressed return** envelope enclosed.
 - 2. If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.
 - 3. If applying due to damage, attach the damaged health insurance card(s) or Eligibility Verification Certificate(s).

健 保 処 理 欄 For Society use	証回収(滅失)入力	
	証再発行入力	
	証発送	
	証廃棄 (シュレッダー)	