

記入例
Example of completed form

常務理事 Managing	事務長 Office Manager	課長・リーダー Leader	担当者 In charge
記入不要 Leave blank			

資格確認書（再）交付申請書

Application Form for Issue/Reissue of Eligibility Verification Certificate

不明な場合はブランクにしてください
Leave blank if unsure.

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		
	10	234567	健保 太郎/Taro Kenpo		
再交付対象者 Card(s) to be reissued for	会社名/Company		所属/Section		
	〇〇薬品工業株式会社/ Pharmaceutical Company Limited		△△工場 製造部〇〇グループ/ Manufacturing Division, Plant (TEL: 06-6233-1234)		
	氏名/Name		生年月日/Date of birth(Y/M/D)	続柄 Relationship	申請理由番号 No. of reason for applying
	健保 次郎/Jiro Kempo		XXXX . 8 . 5	次男 Second son	1
			.	.	
			.	.	
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.					
提出される日をご記入ください Enter the date the form was submitted		提出日/Date submitted (Y/M/D): XXXX / 6 / 15			

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(減価)入力	記入不要 Leave blank
	証	
	証	
	証廃棄(マニパ)	