

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者

資格確認書（再）交付申請書

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。

被 保 険 者	記号	番号	氏名			
	会社名		所属 (TEL:)			
再 交 付 対 象 者	氏 名		生年月日		続柄	申請 理由番号
			S・H・R . .			
			S・H・R . .			
			S・H・R . .			
			S・H・R . .			
			S・H・R . .			
申 請 理 由	1	マイナンバーカードを紛失				
	2	マイナンバーカードの更新手続き中				
	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)				
	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				
	5	資格確認書を紛失・き損・住所欄余白なし				
	6	マイナンバーカードを返納				
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。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。						
令和 年 月 日 提出						

武田薬品健康保険組合

- 注： 1. 武田薬品の方は、SAT0社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載)へ、
武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者に提出してください。
2. 任意継続の方は、健康保険組合へ提出してください。
3. き損の場合は、き損した資格確認書を添付してください。

事業所欄	健 保 処 理 欄	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)	
	社会保険労務士記載欄		