

常務理事	事務局長	課長	担当者
記入不要			

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	10	番号	234567	氏名	健保 太郎					
	会社名	〇〇薬品工業株式会社			所属	△△工場 製造部〇〇グループ (TEL: 06-6233-1234)					
再交付対象者	氏名	健保 次郎			生年月日	S・H・R	62 . 8 . 5	続柄	二男	申請理由番号	1
						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									
		【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】									
	7	保険証を紛失・き損・住所欄余白なし									
8	氏名等を変更										
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。											
提出される日をご記入ください。 — 令和 〇〇年 6月 15日 提出											

武田薬品健康保険組合

- 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。

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)	