

記入例
Example of completed form

常務理事 Managing Director	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

不明な場合は空白にしてください
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 10	番号/No. 234567	氏名/Name 健保 太郎/Taro Kenpo	
	会社名/Company		所属/Section △△工場 製造部○○グループ/ _____ Group, Manufacturing Division, _____ Plant (TEL: 06-6233-1234)	
再交付対象者 Card(s) to be reissued for	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 Kenpo	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 returne		
<p>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。</p> <p>will assume responsibility as instructed by the Society for any fraudulent use of the Eligibility Verification Certificate(s) to receive examinations or other medical services.</p>				
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：
- 武田薬品の方は、SATO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。
 - 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。
 - 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:
- If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details). 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.
 - If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, submit this form to the Health Insurance Society.
 - If applying due to damage, attach the damaged Eligibility Verification Certificate(s).

事業所欄	証回収(減失)入力
記入不要 Leave blank	