

資格確認書(再)交付申請書				健保記入欄		常務理事	事務長	課長	主任	係員	
対象	①資格喪失時に有効期限内の資格確認書を返却できない方 ②マイナ保険証を持っていない方、返納した方 ③マイナ保険証を持っているが、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた方 ④マイナンバーカードを紛失した方 ⑤マイナ保険証での受診が困難な方			再交付 年月日	令和 年 月 日						
	記号	番号	被保険者氏名 生年月日		事業所 対象者氏名						
(再)交付が必要 (該当するものに○を付ける)		1.マイナンバーカードを紛失したため			4.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れのため						
		2.マイナンバーカードの更新手続き中のため			5.マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため						
		3.マイナンバーカードを返納したため			6.資格確認書を紛失・毀損したため						
再交付は不要(※)		資格喪失時返却不能			(※)資格喪失時返却不能の場合は、再交付はされません。						
いずれの場合も被保険者の始末書提出が必要です。											

上記の通り申請します。

申請年月日		令和 年 月 日	
被保険者	住所		
	氏名		

下記を確認の上、右の欄に☑をご記入ください。	確認欄
この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	☐

事業主の証明	
--------	--

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

2024.12改定