

常務理事	事務長		担当者

健康保険資格確認書（再）交付申請書

※記号・番号または個人番号のいずれかを記載ください。

被保険者の	記号・番号		個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												
フリガナ 氏名		生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日													

交付する者の	フリガナ 氏名		生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
	性別	男 ・ 女	被保険者との続柄	

交付申請する理由	<ol style="list-style-type: none"> 1. マイナンバーカードを紛失したため 2. マイナンバーカードの更新手続き中のため 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 4. マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため 5. マイナンバーカードを作っていないため 6. マイナンバーカードを返納したため 7. 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 8. 資格確認書を滅失・毀損したため
----------	---

被保険者	年 月 日 〒 住 所 氏 名 電話番号	⑩
------	----------------------------------	---

ダイダシ健康保険組合
受付印

上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。		
事業主欄	所在地 事業主氏名 電話番号	⑩
任意継続被保険者の方は、記入は不要です。		