

【記入例】

常務理事	事務長	担当者
この欄には押印しないでください。		

健康保険資格確認書（再）交付申請書

どちらか一方にご記入ください。

（記号・番号の場合は、枝番は不要です。）

※記号・番号または個人番号のいずれか			
被保険者の 記号・番号	100 1234567	個人番号	
フリガナ 氏名	ダイダン タロウ 大暖 太郎	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 **年 **月 **日

交付を 要する 者の 氏名	フリガナ ダイダン ハナコ 大暖 花子	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">マイナンバーカードを紛失したためマイナンバーカードの更新手続き中のため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マイナンバーカードを作っていないためマイナンバーカードを返納したためマイナ保険証による受診には第三者（介助者）が必要のため資格確認書を（滅失・毀損）したため
------------------	---

申請日	令和 6 年 12 月 2 日
住所	〒***-**** 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町**-**
氏名	大暖 太郎
電話番号	***-****-****



ダイダン健康保険組合
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。

所在地	
事業主欄 名称	事業主の証明が必要
事業主氏名	
電話番号	

任意継続被保険者の方は、記入は不要です。