

健康保険資格確認書（再）交付申請書

健 保 組 合	常務理事	事務長	担当者

住友化学健康保険組合...御中

下記のとおり申請します。

令和〇〇年 12 月 2 日

(被保険者氏名)..... 住友 太郎

事業所	大阪本社	所 属	〇〇部〇〇課 電話番号(06-6220-xxxx)
被保険者の 記号・番号	10 — 123456	被保険者の 生年月日	昭平令 〇〇年12月2日

※被保険者の記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書、④健康保険証のいずれかでご確認ください。

	続柄	氏 名	生年月日		申 請 理 由
交 付 対 象 者	妻	住友 花子	昭平令 〇〇年12月2日	8	下記理由欄より必ず選択ください
			昭平令 年 月 日		下記理由欄より必ず選択ください
			昭平令 年 月 日		下記理由欄より必ず選択ください
			昭平令 年 月 日		下記理由欄より必ず選択ください
			昭平令 年 月 日		下記理由欄より必ず選択ください

理 由 欄	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・き損したため
-------------	---

【提出先】住友化学健康保険組合