

|  |  |  |                            |  |                   |
|--|--|--|----------------------------|--|-------------------|
| (提出先)  | 常務理事   | 事務長  | 担当者                        |  |                   |
| 健康保険の記号・番号の確認方法は、<br>「オムロン健保HP「よくあるご質問」をご参照ください。 |  |  |                            |  |                   |
| 【全般】>健康保険の加入情報(記号・番号)はどこから見れますか?                 |  |  |                            |  |                   |
| <b>資格確認書(再)交付申請書</b>                             |  |  |                            |  |                   |
| 記入日: 令和 0 年 0 月 0 日                              |  |  |                            |  |                   |
| 被<br>保<br>險<br>者<br>情<br>報                       | 記号・番号  | 記号(左づめ)<br>00                                  | 番号(左づめ)<br>000000          | 生年月日<br>1 昭和<br>2 平成<br>3 令和<br>00 年 00 月 00 日 |                   |
|  | 氏名   | フリガナ<br>ケンボ タロウ                                | 被保険者氏名<br>健保 太郎            |  |                   |
|  | 郵便番号   | 000-0000                                       | 電話番号                       | 000-0000-0000                                  |                   |
|  | 住所   | 000000000012-34                                |                            |  | 連絡の取れる電話番号を記載ください |
| (再)交付申請対象者のみ記載してください                             |  |  |                            | 自身の現住所を記載してください                                |                   |
| 対<br>象<br>者<br>欄                                 | フリガナ<br>ケンボ タロウ  | 生年月日<br>1 昭和<br>2 平成<br>3 令和<br>00 年 00 月 00 日 | 続柄<br>妻                    | 申請理由<br>1 下記、理由欄より必ず選択ください                     |                   |
|  | 氏名<br>健保 花子  | 生年月日<br>2 平成<br>3 令和<br>00 年 00 月 00 日         | 申請理由<br>2 下記、理由欄より必ず選択ください |  |                   |
|  | フリガナ<br>ケンボ タロウ  | 生年月日<br>3 令和<br>00 年 00 月 00 日                 | 申請理由<br>3 下記、理由欄より必ず選択ください |  |                   |
|  | 氏名<br>健保 花子  | 生年月日<br>1 昭和<br>2 平成<br>3 令和<br>00 年 00 月 00 日 | 申請理由<br>4 下記、理由欄より必ず選択ください |  |                   |
| 理<br>由<br>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」を紛失・き損したため(紛失時は、「資格確認書 紛失届」を提出してください。き損時は、「資格確認書」を返却してください) |  |                            |  |                   |
|  | ※理由8による再交付の場合、紛失・き損した「資格確認書」の有効期限までの発行となります。                           |  |                            |  |                   |

|  |                                 |   |     |
|--|---------------------------------|---|-----|
| 事業<br>主<br>欄<br><br>(退職者<br>は<br>不<br>要<br>) | 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。 |   |     |
|  | 令和                              | 年 | 月 日 |
|  | 事業所の所在地                         |   |     |
|  | 名称<br>氏名                        |   |     |
|  |                                 | 印 |     |

受付日印

注：「資格確認書」の有効期限までに、マイナ保険証が使えるよう手続きをお願いします。  
やむを得ず、継続申請となつた場合は、既存の有効期限直前の発行となります。