

提出先: 被保険者→ニチレイビジネスパートナーズ→ニチレイ健康保険組合

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

常務理事	事務長	担当	担当

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

令和 年 月 日 提出

記号・番号 社員番号	記号	番号	社員番号	生年月日 1 昭和 2 平成 年 月 日
被保険者氏名	フリガナ			

対象者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分	被保険者申請理由		
		下記、理由欄より必ず選択ください		
被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
被扶養者④	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	

- 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
- 9 : 健康保険証を紛失をし、マイナンバーカード未作成または、マイナ保険証の利用はしていないため
- 10 : 健康保険証・資格確認書を紛失をしたが、マイナ保険証の利用はしているため発行は不要

警察等への届出	キャッシュ・クレジットカードのように使用の一時停止・無効の処置はできませんので 誤ってシュレッダー等でカードを破砕した等 原因が明らかで 第三者にわたる可能性がない場合を除き、本届出の前に速やかに 警察 への届出を行われる事をお薦め致します。
再発行手数料	再発行費用実費相当額として1枚につき1,000円を被保険者負担とし、給与より控除致します。 任意継続者は保険料振込先口座へ振込手数料も含めた金額を納付願います。 再交付後に見つかったカードは必ずご返却頂きますが、再発行手数料は返金できませんのでご了承下さい。

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。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

受付日付印