

決裁	常務理事	事務長		担当者	担当者

オオゼキ健康保険組合理事長 殿

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	被保険者等の	記号	番号	所属	氏名
	住所	〒 -			

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/>	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	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 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 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 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
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※ 被保険者のマイナンバー記載欄(任意)
(被保険者等の記号番号を記載した場合は記入不要です。)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。	
	確認欄	【必須】以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。
	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
事業所所在地 名称 事業主氏名 電話番号	事業主受付日 令和 年 月 日 担当者名	

受付印
オオゼキ健康保険組合 2024.12改版