

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 年 月 日

.....(被保険者氏名).....

事業所		所 属	電話番号()
被保険者の 記号・番号	—	被保険者の 生年月日	昭・平・令 年 月 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。

交付対象者	続柄	氏 名	生年月日	申 請 理 由	
				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
				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