

健康保険資格確認書（再）交付申請書

住友化学健康保険組合 御中

下記のとおり申請します。

健 保 組 合	常務理事	事務長	担当者
人 事 担 当 部 門	責任者	担当者	

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】 人事担当部門