健保組合直送厳禁

健康保険 資格確認書(再)交付申請書 （正）

正・副各1部 提出

常務理事	事務長	MGR	担当者	CPU処理

保険証の記号・番号を必ず記入してください。

が不安といった理由では交付でき

被保険者証記号（最大4ケタ）	被保険者証番号（最大6ケタ）	所　属　個　所	被保険者氏名	勤務先	
				電話	
				JTB内線	
				FAX	
				携帯電話	
5002	123456	㈱JTB　〇〇支店	健保　幸子		

再度、保険証を交付する人の情報を記入してください。

再交付申請の対象者氏名	氏名（漢字）		性別	元号	年	月	日	続柄（本人・妻・長男等）	申請理由（右の理由欄より選択）
	フリガナ 姓	フリガナ 名							
	ケンポ	紗智子	男・女	昭・平・令	1	0	0	3	1	8	本人	1
	健保	幸子										
			男・女	昭・平・令								
			男・女	昭・平・令								
			男・女	昭・平・令								
			男・女	昭・平・令								

理　由　欄

1 マイナンバーカードを紛失したため（※）（有効期限2ヵ月）

2 マイナンバーカードの更新手続き中のため（有効期限2ヵ月）

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（有効期限2ヵ月）

4 マイナンバーカードを返納したため

5 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（有効期限2ヵ月）

6 経過措置期間中に保険証紛失等したため（※）

7 資格確認書を紛失したため（※）

右の理由欄より選択し、記入してください。

必ず被保険者の氏名を記入してください。

ださい）

上記のとおり再交付を申請いたします。今後は、取り扱いに十分注意いたします。また、紛失した被保険者証または資格確認書を発見したときは、直ちに返却いたします。

被保険者氏名　健保　幸子

令和　　年　　月　　日

この欄は事業主が記入してください。（出向者は、出向元の事業所となりま

※1枚につき1,000円の手数料が必要です。

確認書作成した月の翌月に事業主または個人（任意継続者）宛に請求書をお送りいたします。

日付の記入漏れにご注意ください。

上記のとおり被保険者から資格確認書の再交付申請がありましたので提出いたします。なお、今後は紛失等することのないよう十分指導いたします。

事業所名称	㈱JTB
住所・電話	東京都品川区東品川2-3-11，JTBビル4階 TEL：03-5796-5903
事業主氏名	代表取締役　〇〇　〇〇
担当者氏名	総務部　〇〇　〇〇
JTB内線	内線　：　4000

ジェ　　合

心と体の健康づくりを応援します

受付印