

健康保険「資格確認書」交付申請書

令和 @ 年 @ 月 @ 日 提出

被保険者の氏名	関西 太郎				<input checked="" type="checkbox"/> 男 · 女
生年月日	昭 平 令 @ @ 年 @ @ 月 @ @ 日	資格 取得日	昭 平 令 @ @ 年 @ @ 月 @ @ 日		
健康保険の 記号・番号	記号 @ @ @ - 番号 @ @ @ @				
被保険者の 住所・電話番号	〒@ @ @ - @ @ @ @ 大阪市北区西天満2丁目-@-@-@ @ @ 号 電話 @ @ @ - @ @ @ - @ @ @				
再交付を申請する 該当者	氏名	関西 花子			<input type="checkbox"/> 被保険者本人
	生年月日	昭 平 令 @ @ 年 @ @ 月 @ @ 日	続柄	長女	
再交付を申請する理由	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードをき損・紛失したため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの更新手続きのため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていないため <input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納したため <input type="checkbox"/> マイナ保険証による受診には第三者（介護者など）のサポートが必要なため <input type="checkbox"/> その他（ ） 				

※健保記入欄

再交付： 年 月 日
有効期限： 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当者

関西テレビ放送健康保険組合

「資格確認書」「資格情報のお知らせ」

き損・滅失 再交付申請書

令和 @ 年 @ 月 @ 日 提出

<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ き損・滅失		
被保険者の氏名	関西 太郎	
生年月日	昭平令 @ @ 年 @ @ 月 @ @ 日	資格取得日 昭平令 @ @ 年 @ @ 月 @ @ 日
健康保険の記号・番号	記号 @ @ @ - 番号 @ @ @ @	これまでの再交付申請回数 2 回目
被保険者の住所・電話番号	〒@ @ @ - @ @ @ @ 大阪市北区西天満2丁目-@ - @ - @ @ @ 号 電話 @ @ @ - @ @ @ - @ @ @ @	
再交付を申請する該当者	氏名	関西 花子 <input type="checkbox"/> 被保険者本人
	生年月日	昭平令 @ @ 年 @ @ 月 @ @ 日
再交付を申請する理由 ※資格確認書の申請のみ記入	資格確認書をき損・滅失した経緯 1. 不注意で所在不明 日時・場所： ② 盗難により 日時・場所： 大阪市北区 天満駅吹付近でカバンごと盗まれた 警察受理番号： @ @ @ @ 3. 遺失 日時・場所： 4. その他 *申請理由を記載下さい	

※資格確認書の場合のみ下記「事業主の証明」が必要

事業主の証明			
上記申請者の被保険者またはその被扶養者は健康保険の 「資格確認書」をき損・滅失したことによることを証明します。 なお、今後は「資格確認書」を滅失又はき損することのないよう 全被保険者を対象に周知徹底をはかります。			
令和 年 月 日			
住所			
事業主 氏名	*事業主（会社）記載欄 <input type="checkbox"/>		
電話番号			

※再交付手数料は500円です。

※健保記入欄			
再交付：	年	月	日
起票：	年	月	日
再発行手数料 500円 受領済み <input type="checkbox"/>			
有効期限： 年 月 日			

理事長	常務理事	事務長	担当者

関西テレビ放送健康保険組合