

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="radio"/> 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		<input checked="" type="radio"/> 男・女
生 年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 昭 平 令 @ @ 年 @ @ 月 @ @ 日	資格 取得日	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 昭 平 令 @ @ 年 @ @ 月 @ @ 日	続柄 長女
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： <input checked="" type="radio"/> 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・滅失したことに相違ないことを証明します。 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 @
電話番号	

※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	㊞
有効期限：	年	月	日

理事長	常務理事	事務長	担当者

※ 再交付手数料は500円です。

関西テレビ放送健康保険組合