

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

※本人の過失による再交付については手数料(1枚につき)1,000円を徴収いたします。下記口座へお振込みください。

被保険者情報	被保険者 記号番号	記号	番号	みずほ銀行 横浜法人支店 普通 1 1 8 9 4 4 4		ニホンヒコウキケンコウホケンクミアイ 日本飛行機健康保険組合	
	被保険者	事業所	所属 (本部・部・課・係)		作業所		
		氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
		住所	〒 -				

対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分				
被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由		
	同上	同上	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください		
対象者欄	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
			<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
			<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由		
			<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 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	
上記以外の場合は 9 : その他 を選択の上()内に理由をご記入ください	
9 : その他	()

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	
	事業所所在地	横浜市金沢区昭和町3175番地
	事業所名称	日本飛行機株式会社
	事業主氏名	熊澤 千栄子
電話番号	045-773-5100	

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
