

【提出先】

〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
サントリー大阪オフィス内
サントリー健康保険組合宛

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

太枠内を記入してください。

被保険者の 記号・番号	記号 1601	番号 12345	勤務先事業所	SWH	部署	〇〇部
被保険者氏名	健康 太郎			被保険者の 生年月日	【和暦】 平成 2年 4月 30日	
(再) 交付対象者	健康 花子	続柄	長女	対象者の 生年月日	【和暦】 平成 30年 1月 1日	
申請理由	(いずれかに○) 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. 健康保険証(カード証)を紛失したため (但しマイナ保険証をお持ちの方は、資格確認書の発行はできませんのでご注意ください。) 9. 資格確認書を紛失したため ※健康保険証、資格確認書の紛失・盗難にあった場合は、悪用される危険性がありますので、 最寄の警察に紛失・盗難届を出される事をお勧めします。それが紛失・盗難の法的な証明となります。					
(申請理由が 8、9 の場合のみ、以下の誓約が必要) 今後は紛失することのないように注意するとともに、失った資格確認書または健康保険証を発見したときは、ただちにお返しいたします。 また、紛失した資格確認書または健康保険証の不正使用によって貴組合に損害を生ぜしめたときは、被保険者において、その弁済の責に任じることを誓約します。 【和暦】 年 月 日 被保険者 住所 _____ 氏名 _____						
資格確認書は、 簡易書留にて郵送 いたします。受取可能な住所と宛名を記入ください。						
資格確認書送付先	〒				TEL	
	(宛名)				携帯	

※ 健 保 処 理 欄	常務理事	事務長	担当者	交付年月日