申請年月日:和暦　06 年 12 月 15 日

常務理事	事務長	担当者

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。**紛失による再交付の場合は事前に2,000円(1枚)振り込みが必要となります。**

被保険者情報

個人番号（マイナンバー）		個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。
記号・番号	記号(左つめ) 101 － 番号(左つめ) 1234567	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 44 年 01 月 21 日
氏	フリガナ アステ　タロウ 明日照　太郎	
郵便番号	1038411	電話番号 0312345678 90
住所	東京 都 道 府 県　中央区日本橋本町2-5-1	

対象者欄

対象者	3 1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 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 同上	生年月日 同上	申請理由 2 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	フリガナ 氏名 明日照　花子	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 44 年 02 月 01 日	申請理由 2 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 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 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 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 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 ： 資格確認書をき損したため(き損した資格確認書を添付)
9 ： 資格確認書を紛失したため⇒**①申請書提出前に右の口座に2,000円(1枚)振り込みをしてください(振り込み手数料は自己負担となります)**
②振り込みをした領収書と共に申請書を提出してください
申請書及び入金の確認後、「資格確認書」を発行いたします。

振り込み口座
銀行名　三菱UFJ銀行
支店名　日本橋中央支店
口座名　アステラス健康保険組合
口座番号　0357993
振込者名は記号番号の番号と被保険者氏名をご記入ください

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
事業所名称
事業主氏名
電話番号

受付日付印