ミツトヨ健保様式番号_T-16_R0612

申請ルート：申請者(被保険者)→事業場人事労務担当部署→ミツトヨ健康保険組合

健康保険　資格確認書(再)交付申請書

ミツトヨ健康保険組合理事長 殿

被保険者	個人番号（マイナンバー）			申請日	
	被保険者等記号		被保険者等番号	社員番号	
	氏名	氏	名	生年月日	
	所属名称				
	住民票住所	〒　　－			

対象者欄	対象者	◯ 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	ふりがな		生年月日	申請理由
		氏名	同上	同上	下記、理由欄より必ず選択下さい
	被扶養者①	ふりがな		生年月日	申請理由
		氏名			下記、理由欄より必ず選択下さい
	被扶養者②	ふりがな		生年月日	申請理由
		氏名			下記、理由欄より必ず選択下さい
	被扶養者③	ふりがな		生年月日	申請理由
		氏名			下記、理由欄より必ず選択下さい
	被扶養者④	ふりがな		生年月日	申請理由
		氏名			下記、理由欄より必ず選択下さい

理由欄

1：マイナンバーカードでの受診等が困難な配慮が必要なため（高齢、障害をお持ちの場合等）
2：マイナンバーカードを取得していないため、マイナンバーカードを返納したため
3：マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていないため
4：マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れのため
5：マイナンバーカードをこれから作成する・紛失・更新中のため（有効期限が短期となります）
6：資格確認書を滅失・き損したため
7：その他（事情を別途お伺いすることがあります）

申請理由に”6：資格確認書を滅失・き損したため”を選択した者は下記もご記入ください。

ミツトヨ健康保険組合殿 誓約書	貴組合発行の私を被保険者とする資格確認証を（私あるいは家族が）滅失致しましたので、お届けいたします。滅失した資格確認証により万一事故が発生した場合は貴組合にはご負担をおかけしないことを誓約いたします。 また後日資格確認証を発見した際は勝手に廃棄せず直ちに連絡し返却いたします。 **被保険者氏名**

事業主証明確認欄	上記確認のうえ、事実に相違ないことを証明します。 事業所所在地　神奈川県川崎市高津区坂戸一丁目20番1号 名　　称　株式会社　ミツトヨ 事業主氏名　代表取締役社長　沼田　恵明	確認日 年　月　日	確認者
	事業主が確認した場合にチェック欄にチェックをいれてください。	チェック欄 □	**この届出については①又は②の要件をみたしたものである。** ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

健保記入欄	再交付年月日	年　月　日	常務理事	事務長		係	健保組合受付欄