受付印

旭化成健康保険組合

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。

被保険者情報				
記号・番号	記号	番号	生年月日 昭和 平成 　年　月　日	
氏名	フリガナ		電話番号	
所属名（任継者は住所）				

対象者欄		
フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より選択し、必ず番号をご記入ください
フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より選択し、必ず番号をご記入ください
フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より選択し、必ず番号をご記入ください
フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より選択し、必ず番号をご記入ください

理由欄

（8の場合はカッコ内に理由を記入してください。）

マイナ保険証を保有していない

1 ： 資格確認書を滅失・き損したため

2 ： 漢字を修正したい（崎→﨑、高→髙　等）

マイナ保険証を保有している

3 ： マイナンバーカードを紛失したため

4 ： マイナンバーカードの有効期限が切れたため

5 ： マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れから3か月を経過したため

6 ： マイナンバーカードを返納したため

7 ： マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して、資格確認を補助する必要があるため

8 ： その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※1.「資格確認書を滅失・き損した」場合のみ、500円/枚の再交付料が発生します。
（徴収方法は、「資格確認書」発行時にご案内します。）