

常務理事	事務長	担当者

所属長	担当者

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

リンナイ健康保険組合 殿

被保険者情報	記号・番号	記 号	番 号	社員番号		事業所名称	
	氏 名	フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住民票住所	〒 -					

交付対象者欄	氏 名	フリガナ	続柄		マイナ保険証 への切替予定	有 ・ 無
			住民票 住所			
	氏 名	フリガナ	続柄		マイナ保険証 への切替予定	有 ・ 無
			住民票 住所			
	氏 名	フリガナ	続柄		マイナ保険証 への切替予定	有 ・ 無
			住民票 住所			

申請理由欄	該当するものにチェックをつけてください。	
	☐	マイナンバーカードを紛失したため
	☐	マイナンバーカードの発行(更新)手続き中のため
	☐	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
	☐	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
	☐	マイナンバーカードを作っていないため
	☐	マイナンバーカードを返納したため
	☐	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 ➡ ※理由欄記入
	☐	資格確認書を滅失・き損したため ➡ ※理由欄記入、 <u>き損の場合は発行済の資格確認書を添付</u>

理由欄	

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
	事業主名称
	事業主氏名
	電話番号

／ 受 付 日 付 印 ＼