健康保険　資格確認書（再）交付申請書

常務理事	事務長	担当者

理由欄の1～8に該当する場合のみ、本申請書をお使いください

届出年月日	令和　　年　　月　　日　提出

被保険者情報

記号・番号	記号　番号(従業員番号)　枝番	電話番号	
氏名	フリガナ	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日
住所	〒　都道府県		

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	フリガナ 氏名 同上	続柄 本人	生年月日 同上	申請理由 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	続柄	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②	フリガナ 氏名	続柄	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	続柄	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 ： 資格確認書を滅失・き損したため

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

受付日付印

事業主提出日

令和　　年　　月　　日

申請ルート　被保険者(従業員) → 人事部門 → 富士通ゼネラル健保

＊任意継続被保険者の方は直接健康保険組合へご提出ください。