

常務理事	事務長	担当者

京阪グループ健康保険組合理事長 殿

健康保険 資格確認書交付申請書

記入日 年 月 日

被保険者等 記号－番号	—	被保険者 氏名	
事業所名		所属	
対象者	氏名	続柄	生年月日
			昭・平・令 年 月 日

理由欄	<p><input type="checkbox"/>1. マイナンバーカードを紛失したため</p> <p><input type="checkbox"/>2. マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>5. マイナンバーカードを作っていないため</p> <p><input type="checkbox"/>6. マイナンバーカードを返納したため</p> <p><input type="checkbox"/>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</p>
-----	--

※資格確認書を紛失・滅失・き損等により再交付が必要な方は「紛失届」にてお手続きください

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付等の申請がありましたので届出します
	所在地
	名称
	代表者氏名



(本人→会社→健康保険組合)
20241202