

収入決議書	款	項	目	大節	中節	小節
	8	7	4			

常務理事	事務長	扱者

健康保険 資格確認書 交付・(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

※ 記号・番号は、KOSMO Web「資格情報のお知らせ」より確認ができます。

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/>	番号(左つめ) <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	氏名	フリガナ -----			
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号		
	住所 ※任継・特退の方は住民票を添付してください。	都 道 府 県			

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 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	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 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	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 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	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 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	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 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(紛失再発行・更新手続き中等で)一時的に保有していないため
	2 : 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
	3 : マイナンバーカードを保有する意思がない(作っていない・返納した等)ため
	4 : 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
	5 : 資格確認書を滅失・き損した等で再交付したため (1枚当たり1,000円の再交付費用が必要です)

振込口座	5 : 再交付申請枚数	枚	再交付費用	円 (@1,000円×再交付枚数)
	三菱UFJ銀行 八重洲通支店 普通預金 1693249	* 費用の納付は振込以外受け付けません。 * 振込手数料はご自身でご負担ください。 * 振込に際して依頼人名には、本人名に加え(サイコウフ)と追記願います。 * 後日、紛失した資格確認書を発見しても費用の返戻はできません。 * 発見した資格確認書は必ず健康保険組合へ返却して下さい。		
	大和証券グループ健康保険組合 大和ネクスト銀行 ビシャモン支店 普通預金 2100823 大和証券グループ健康保険組合一般口			

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。※在籍者の方は、事業所の証明をもらってください。		受付日付印
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		