

理事長	専務理事	常務理事			

神戸新聞健康保険組合 理事長 様

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

記号		番号		被保険者名	
----	--	----	--	-------	--

【交付対象者について】

交付対象者の氏名	交付対象者の生年月日	性別	続柄	※交付申請理由
	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		
	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		
	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		
	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		
	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		

※ 交付申請理由 … 以下から該当する理由の番号を交付申請理由欄に記入ください。

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、マイナ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

【事業主証明欄】

上記のとおり、被保険者から交付申請がありましたので提出いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付印