

この申請書は、マイナ保険証で医療機関等を受診することができない方に資格確認書を交付するための申請書です。原則、有効なマイナ保険証をお持ちの方に対して資格確認書を交付することはできません。

常務理事

事務長

担当者

資格確認書(再)交付申請書

日本ペイント健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号	番号	氏名	フリガナ	生年月日	5.昭和	年	月	日
						7.平成			

資格確認書の交付を希望する全員(被保険者を含む)を記入して下さい。

申請者①	氏名	フリガナ	続柄		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	(再)交付理由番号 以下より選択	
申請者②	氏名	フリガナ	続柄		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	(再)交付理由番号 以下より選択	
申請者③	氏名	フリガナ	続柄		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	(再)交付理由番号 以下より選択	
申請者④	氏名	フリガナ	続柄		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	(再)交付理由番号 以下より選択	
申請者⑤	氏名	フリガナ	続柄		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	(再)交付理由番号 以下より選択	

(再)交付理由	通常交付	【1】.マイナンバーカードの未取得者・作成手続き中・返納者であるため、保険証利用登録を行っていない、または解除したため									
		【2】.マイナ保険証の利用登録を解除するため ※別途『マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書』が必要です									
		【3】.資格確認書裏面の住所記入欄無余白のため、または臓器提供意思欄の変更のため									
		【4】.資格確認書を紛失また棄損したため(自宅外で紛失した場合、先に警察署で遺失の届出をし、受理番号を記入して下さい。また発行手数料の振り込みが必要です。) 年 月 日()警察署へ届出済(受理番号 号)									
	交付短期	【5】.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れたため									
その他		【6】.マイナンバーカードの紛失等による再交付手続き中のため									
		【7】.1～6に該当するものが無い場合に選択し、交付希望理由を()内に具体的に回答して下さい。なお理由によっては交付を認めない場合がありますが、ご了承下さい。(理由:)									

<注意事項>

※(再)交付理由番号【4】を選択した場合は、事前に手数料(1枚につき1,000円)の振り込みが必要です。

以下の日本ペイント健康保険組合の口座宛てに手数料を振込み、振込明細書(原本)を申請書の裏面にのり付けし、再交付手数料振込み後1週間以内に、事業所担当者様経由にて、健保組合へ提出して下さい。なお、金融機関への振込手数料は、各自負担していただきます。

三井住友銀行 西野田支店 普通 NO.268157	三菱東京UFJ銀行 堂島支店 普通 NO.509423	ゆうちょ銀行 大阪大淀中郵便局 当座 NO.00980-4-146311
------------------------------	--------------------------------	---

※ゆうちょ銀行へ振込む際は、郵便局指定の「払込取扱票」にて、通信欄に住所・氏名・保険証の記号・番号を記入しお振込下さい。

※有効な資格確認書が不要となった場合は、必ず返却して下さい。(例 マイナ保険証に切り替えたとき / 退職するときなど)

※通常交付を受けた者は、有効期限到達前に手続き不要で差し替え分を交付します。(マイナ保険証保有者となった者は除く)

※(再)交付理由番号【7】を選択した場合、通常交付また短期交付のいずれに該当するかの判断は健康保険組合が行うものとします。

事業主欄	上記の通り被保険者から申請がありましたので、提出します。 なおこの届出については、以下の①または②の要件を満たしたものであることを申し添えます。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである / ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している		健保受付日付印
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄			(R6.12.02)