

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

令和 年 月 日

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

### 健康保険資格確認書 (再) 交付申請書

|             |  |         |   |
|-------------|--|---------|---|
| 記号・番号       | 491 -  | 所 属     |   |
| 被 保 険 者 氏 名 |  | 生 年 月 日 | 昭和・平成<br>年 月 日  |
| 被 保 険 者 住 所 | 〒 - TEL - -  |         |   |
| (再) 交付対象者   | 1 被保険者(本人)分のみ<br>2 被扶養者(家族)分のみ<br>3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 |         |   |
| 被保険者氏名      | 同 上  | 生年月日    | 同 上<br>申請理由<br>下記、理由欄より必ず選択<br>ください<br>( )            |
| 被扶養者①氏名     |  | 生年月日    | 昭・平・令<br>年 月 日<br>申請理由<br>下記、理由欄より必ず選択<br>ください<br>( ) |
| 被扶養者②氏名     |  | 生年月日    | 昭・平・令<br>年 月 日<br>申請理由<br>下記、理由欄より必ず選択<br>ください<br>( ) |
| 被扶養者③氏名     |  | 生年月日    | 昭・平・令<br>年 月 日<br>申請理由<br>下記、理由欄より必ず選択<br>ください<br>( ) |

※ 太枠のみご記入ください。

|     |  |
|-----|--|
| 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                        |
|     | 9 資格確認書を紛失したため(届出警察署 _____ 警察受理番号 _____) |

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| 上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出いたします。 | ※ 健康保険組合 受付欄 |
| 令和 年 月 日                       |              |
| 事業主 住 所                        |              |
| 氏 名                            |              |

※ 健康保険組合 使用欄

|      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
| 再交付日 |  | 送付日 |  |
|------|--|-----|--|