

住友ファーマ健康保険組合理事長 殿

※印刷する際は横向きに設定してください。
※太枠内と下部の提出日をご記入ください。

健康保険資格確認書(再)交付申請書

常務理事	事務長	係員

被保険者等	記号	番号	フリガナ	被保険者氏名	男□・女□	生年月日	昭和□	年	月	日
							平成□			
被保険者 住民票住所					給与以外の収入 (年金・不動産収入等)	円	申請理由	<input type="checkbox"/> 理由欄より必ず選択下さい		

被扶養者の氏名 フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄 年齢	申請理由	理由欄
	男□ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 理由欄より必ず 選択下さい	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
	男□ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 理由欄より必ず 選択下さい	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 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
	男□ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 理由欄より必ず 選択下さい	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
	男□ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 理由欄より必ず 選択下さい	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

令和 年 月 日提出

健保受付日付印

事業主確認	
<input type="checkbox"/>	この届出については、下記の2点を確認しています。 1. 申請者本人(被保険者)が作成していること。 2. 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認していること。