ロジスティード健康保険組合　御中

健康保険組合（承認）			
常務理事	事務長	主任	担当

健康保険　資格確認書　（再）交付申請書

申請年月日	令和　　年　　月　　日

被保険者等　記号・番号（左詰めで記入）		被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	
記号	番号		（氏）	（名）

事業所名称（所属会社名）	所属所課名称

（再）交付が必要な方の氏名・続柄を記入してください。

氏名		続柄	申請理由（理由欄の数字を記載）	届出警察署名／盗難・遺失届受理番号
（氏）	（名）			警察署 受理番号
				警察署 受理番号
				警察署 受理番号
				警察署 受理番号
				警察署 受理番号

理由欄	
	１）　マイナンバーカードを紛失または更新中のため
	２）　交付対象者が施設入居者等の要配慮者であり、資格確認の際に第三者による介助等を必要とするため
	３）　マイナ保険証を利用する予定がないため
	４）　資格確認書を滅失・き損したため（滅失の場合は届出警察署名／盗難・遺失届受理番号も記載）

※マイナ保険証では医療機関に受診できない等の特段の事情がある場合のみ交付できます。
※当健康保険組合にて有効なマイナ保険証を保持していることが確認された場合（上記2の場合を除く）は、申請書を返戻いたします。

事業主の証明	
	上記のとおり、被保険者から資格確認書の(再)交付申請がありましたので提出いたします。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

受付日付印