

ジャックス健康保険組合 理事長殿

|        |      |     |     |             |
|--------|------|-----|-----|-------------|
| ※健保使用欄 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 被扶養者<br>確認印 |
|        |      |     |     |             |

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

|                            |                  |                                                                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                                              |                           |
|----------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 個人番号<br>(マイナンバー) | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                           |      |                                                                                                                                                                                              | 個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。 |
|                            | 記号・番号            | <div>記号(左つめ)<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>番号(左つめ)<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> |      | 生年月日<br><div><div><div>1 昭和</div><div>2 平成</div><div>3 令和</div></div><div></div><div>年</div><div><div></div><div></div></div><div>月</div><div><div></div><div></div></div><div>日</div></div> |                           |
|                            | 氏名               | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                                                                              |                           |
|                            | 郵便番号             | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                               | 電話番号 | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                              |                           |
|                            | 住所               | 都 道<br>府 県                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                                                                                              |                           |

|                  |                       |                                                                                                         |      |      |
|------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 対<br>象<br>者<br>欄 | 対象者                   | <div><div></div><div>1 被保険者(本人)分のみ</div><div>2 被扶養者(家族)分のみ</div><div>3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分</div></div> |      |      |
|                  | 被<br>保<br>険<br>者      | フリガナ<br>氏名                                                                                              | 生年月日 | 申請理由 |
|                  | 被<br>扶<br>養<br>者<br>① | フリガナ<br>氏名                                                                                              | 生年月日 | 申請理由 |
|                  | 被<br>扶<br>養<br>者<br>② | フリガナ<br>氏名                                                                                              | 生年月日 | 申請理由 |
|                  | 被<br>扶<br>養<br>者<br>③ | フリガナ<br>氏名                                                                                              | 生年月日 | 申請理由 |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理<br>由<br>欄 | <div>1 : マイナンバーカードを紛失したため</div> <div>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</div> <div>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</div> <div>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</div> <div>5 : マイナンバーカードを作っていないため</div> <div>6 : マイナンバーカードを返納したため</div> <div>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</div> <div>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</div> |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                  |                                 |       |
|------------------|---------------------------------|-------|
| 事<br>業<br>主<br>欄 | 上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。 | 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                            |       |