

以下のいずれかに該当する場合のみ本申請書をお使いください。

交付済の資格確認書やマイナンバーカードを滅失・き損し、

マイナ保険証が利用できない場合

マイナ保険証の利用登録をしていて、下記理由に該当する場合

常務理事	事務長	係長	係員

資格確認書（再）交付申請書

受付印

◇太枠内をボールペン(フリクション・鉛筆不可)で、もれのないように記入して下さい。

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者	記号番号	従業員No.	フリガナ	
		—		氏名 (自署)	
	事業所名	トヨタ紡織(株)	(その他の事業所)		
	所属	工場 部 室・課 内線 —			
	被保険者 住所・連絡先	〒 —	TEL () —		
	交付対象者	氏名	続柄	生年月日 昭和 平成 令和	申請理由 下記、理由欄より 必ず選択ください
	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を返納したため 4 : 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 この理由の場合、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の写しを添付してください。 ※顔認証や暗証番号の入力ができない等、マイナ保険証での受診が困難な障害者 5 : 資格確認書をき損したため (添付書類:資格確認書) 6 : 資格確認書を滅失したため ※下記、念書をご記載ください <念書> 上記に記載した通り、健康保険資格確認書を滅失したことに相違ありません。 紛失、盗難に伴い貴組合に損害を与えた場合は責任を負います。 発見した場合は直ちに返納いたします。			
	令和 年 月 日				
	被保険者氏名 (本人自署)				

事業所証明欄	上記の通り被保険者から(再)交付申請がありましたので届出とともに、上記記載事項に相違ないことを 証明します。	
	令和 年 月 日	
	事業所所在地	
	事業所名称	
事業主氏名		