常務理事	事務長	担当	担当

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。

被保険者情報	提出日	令和　　年　　月　　日		
	被保険者等記号・番号	ー	生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
	氏名	フリガナ		
	住民票住所	〒		
	電話番号			

交付対象者欄	交付対象者①	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日	性別		続柄		申請理由	下記、理由欄より選択
	交付対象者②	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日	性別		続柄		申請理由	下記、理由欄より選択
	交付対象者③	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日	性別		続柄		申請理由	下記、理由欄より選択
	交付対象者④	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日	性別		続柄		申請理由	下記、理由欄より選択

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 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・毀損したため

送付先	事業所部署（社内便） ・ 被保険者住民票住所（郵送） ・ その他（　　）

事業主欄	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。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏　名　等

デクセリアルズ健康保険組合

〈2024.12〉