常務理事	事務長	課長	係長	係	交付年月日：令和　年　月　日
					下記のとおり手続きしてよろしいか

記号番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

資格確認書　（再）交付申請書

被保険者情報	健康保険の記号	記号	氏名	被保険者の氏名をご記入ください
	健康保険の番号	番号		
	住所	〒　― 被保険者の住所と連絡先をご記入ください TEL　－　－		
	被保険者のマイナンバー記載欄（健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要です）	○○○○○○○○○○○○		

交付対象者	氏名	生年月日	申請理由（理由欄より選択）	理由欄
	対象者の氏名をご記入ください	昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日	右の理由欄より選択して数字をご記入ください	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 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・き損したため ⑨健康保険切り替え手続き中に、医療機関へ受診する必要があるため
		昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		

被保険者署名欄

上記のとおり申請します。
なお、返納できなかった資格確認書に関する今後一切の責任は私が負います。
今後は取扱いに十分注意し、また、後日見つかった時は速やかに返納いたします。

令和　○○年　○○月　○○日　　被保険者氏名（自署）　被保険者の氏名をご記入ください

事業主証明欄

上記のとおり相違ないことを証明します。
今後このようなことがないよう取扱いについて十分指導いたします。

令和　○○年　○○月　○○日

事業所所在地　事業所の所在地をご記入ください

事業所名称　事業所の名称をご記入ください

事業主氏名　事業主の氏名をご記入ください

大阪港湾健康保険組合