

健康保険組合		
長	長	担当者

受付年月日

事業主側経由所属		
長	長	担当者

資格確認書(再)交付申請書

関西電力健康保険組合 常務理事殿

被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	会社名	
		昭 平 年 月 日	所 属	

交 付 対 象 者				
氏 名	続 柄	生 年 月 日		申 請 理 由
		昭 平 年 月 日		下欄に記載の「理由欄」より選択してください
氏 名	続 柄	生 年 月 日		申 請 理 由
		昭 平 年 月 日		下欄に記載の「理由欄」より選択してください
氏 名	続 柄	生 年 月 日		申 請 理 由
		昭 平 年 月 日		下欄に記載の「理由欄」より選択してください
氏 名	続 柄	生 年 月 日		申 請 理 由
		昭 平 年 月 日		下欄に記載の「理由欄」より選択してください

交 付 の 理 由 と 状 況 (理由欄)		
理由番号		
1	マイナンバーカードを紛失したため	マイナンバーカードの保険証利用登録がお済みの方 (「マイナ保険証」あり) ※法令により、「マイナ保険証」のある方は左記1～3の理由がある場合のみ交付します。
2	マイナンバーカードの更新手続き中のため	
3	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	
4	マイナンバーカードを作っていないため	
5	マイナンバーカードを持っているが、健康保険証の利用登録を行っていないため	
6	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	
7	マイナンバーカードを返納したため	
8	資格確認書を滅失、毀損したため【再交付】 ※滅失の場合は、下欄に日付と署名を記入願います。毀損の場合は、本申請書に毀損した「資格確認書」を添付してください。 【滅失による再交付の場合のみ】 上記の申請内容のとおり、「資格確認書」を紛失したことに相違ありません。 紛失した「資格確認書」について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償致しますとともに、今後このようなことがないように、その扱いについては十分注意致します。 なお、紛失した「資格確認書」を発見致しま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: (印)	マイナンバーカードの保険証利用登録が未だの方 (「マイナ保険証」なし)
9	その他 (理由を記入:)	

事 業 主 の 証 明	
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。 令和 年 月 日 事業主 職氏名 代理人	

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考欄】

(令和7年4月)