

提出先:各会社の社会保険担当者

【任意継続/特例退職の方】

〒103-0015

東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウイング10階

日本アイ・ビー・エム健康保険組合

常務理事	事務長	GL	担当者

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

「資格確認書」の交付対象となるのは、「マイナ保険証の利用登録をされていない方」に限られます

被保険者情報	記号・番号	記号	番号	生年月日
	氏名	フリガナ		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	〒□□□□-□□□□ 都 道 府 県		電話番号

対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者分			
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	<ol style="list-style-type: none">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更新手続き中のため→更新予定日を記入ください: 年 月 日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 ・電子証明書の有効期限が切れたことがわかる以下、いずれか1点のコピーを添付 マイナポータル画面、有効期限通知書(有効期限のお知らせ)、マイナンバーカード表面(有効期限の記載があるものに限る)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マイナンバーカードを作っていないためマイナンバーカードを返納したため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 ・事情が確認できる書類を添付(障害者手帳コピー、介護施設の施設入所証明書コピー等)資格確認書を滅失・毀損したため ・滅失の場合は被保険者の本人確認ができる身分証明書コピー、又は警察の届出証明コピーを添付 ・毀損の場合は毀損した資格確認書を添付
-----	---

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	

決裁日付印

受付日付印