

(経路)被保険者⇒ 所属事業所社会保険担当⇒ 愛三工業健康保険組合

令和 年 月 日

|       |     |
|-------|-----|
| 受 付 印 |     |
| 健保組合  | 事業所 |
|       |     |

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

|      |         |  |                      |     |
|------|---------|--|----------------------|-----|
| 社員番号 | 所 属 事業所 | 愛三工業(株) 愛三工業労組<br>愛協産業(株) ACS(株)<br>愛三熊本(株) 任意継続 | 被保険者氏名               | (印) |
| 資格情報 | 所 属 部 署 | 本社 安城工場 豊田工場 その他                                 | 自宅住所<br>〒<br><br>TEL |     |
| 記号   |         |  |                      |     |
|      |         |  |                      |     |

あなたが記入するところ

| 対象者                 | <input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ<br><input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ<br><input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分   |   |      |      |  |             |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |
|---------------------|---|---|------|------|--|-------------|---|---------------------|------|------|--|----------------|---|---------------------|------|------|--|----------------|---|---------------------|------|------|--|----------------|---|
| 交付対象者               | <table border="1"> <tr> <th>フリガナ<br/>被保険者<br/>氏名</th> <th>生年月日</th> <th>申請理由</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>昭和 平成 年 月 日</td> <td><input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください</td> </tr> <tr> <th>フリガナ<br/>被扶養者①<br/>氏名</th> <th>生年月日</th> <th>申請理由</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>昭和 平成 令和 年 月 日</td> <td><input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください</td> </tr> <tr> <th>フリガナ<br/>被扶養者②<br/>氏名</th> <th>生年月日</th> <th>申請理由</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>昭和 平成 令和 年 月 日</td> <td><input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください</td> </tr> <tr> <th>フリガナ<br/>被扶養者③<br/>氏名</th> <th>生年月日</th> <th>申請理由</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>昭和 平成 令和 年 月 日</td> <td><input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください</td> </tr> </table> | フリガナ<br>被保険者<br>氏名                        | 生年月日 | 申請理由 |  | 昭和 平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください | フリガナ<br>被扶養者①<br>氏名 | 生年月日 | 申請理由 |  | 昭和 平成 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください | フリガナ<br>被扶養者②<br>氏名 | 生年月日 | 申請理由 |  | 昭和 平成 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください | フリガナ<br>被扶養者③<br>氏名 | 生年月日 | 申請理由 |  | 昭和 平成 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください |
| フリガナ<br>被保険者<br>氏名  | 生年月日  | 申請理由                                      |      |      |  |             |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |
|                     | 昭和 平成 年 月 日   | <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください |      |      |  |             |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |
| フリガナ<br>被扶養者①<br>氏名 | 生年月日  | 申請理由                                      |      |      |  |             |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |
|                     | 昭和 平成 令和 年 月 日  | <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください |      |      |  |             |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |
| フリガナ<br>被扶養者②<br>氏名 | 生年月日  | 申請理由                                      |      |      |  |             |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |
|                     | 昭和 平成 令和 年 月 日  | <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください |      |      |  |             |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |
| フリガナ<br>被扶養者③<br>氏名 | 生年月日  | 申請理由                                      |      |      |  |             |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |
|                     | 昭和 平成 令和 年 月 日  | <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください |      |      |  |             |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |                     |      |      |  |                |   |

|                  |  |
|------------------|--|
| 右記の事由以外では発行できません | 発行可能事由<br>1 : マイナンバーカードを紛失したため<br>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため<br>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<br>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<br>5 : マイナンバーカードを作っていないため<br>6 : マイナンバーカードを返納したため<br>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<br>8 : 資格確認書を滅失・き損したため ⇒ ※ 再交付手数料として500円徴収(給与天引)します |
|------------------|--|

|      |   |
|------|---|
| 事業主欄 | 上記のとおり被保険者から交付申請がありましたので提出いたします。<br>令和 年 月 日<br>事業主の所在地<br>名称<br>氏名 <div style="text-align: right;">(印)</div> |
|------|---|

|           |     |     |
|-----------|-----|-----|
| 健 保 確 認 欄 |     |     |
| 常務理事      | 事務長 | 担当者 |
|           |     |     |