

提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	■ 特になし

		受付担当

健保組合使用欄
 前回交付年月日 年 月 日

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

資格確認書（再）交付申請書

下記のとおり資格確認書の（再）交付をお願いいたします。

※「個人番号」または「記号・番号」のいずれかを記載ください。

被 保 険 者 情 報	個人番号（マイナンバー）										記号・番号									
	-										5 9 -									
	氏名										生年月日									
	(フリガナ)										昭和 平成 令和 年 月 日									
	住所および電話番号																			
〒 都道府県 電話番号 () - () - ()																				

対 象 者 欄	再交付の対象者		右から選択	1. 被保険者(本人)のみ 2. 被扶養者(家族)のみ 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分	下記、理由欄より必ず 選択ください ↓
	被 保 険 者	氏名	生年月日	申請理由	
		同上	同上		
	被 扶 養 者 ①	氏名 (フリガナ)	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由	
	被 扶 養 者 ②	氏名 (フリガナ)	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由	
	被 扶 養 者 ③	氏名 (フリガナ)	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由	

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・き損したため
-------------	---

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付印日付