

健康保険 資格確認書（再）交付申請書（任継・特退用）

様式3

◎被保険者情報欄は必ず記入してください。（*）KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」を参照ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等の記号と番号(*)		被保険者氏名				生年月日			交付年月日（記入不要）				
	記号	番号					5 昭和	年	月	日	令和	年	月	日
	住所		〒 -											
	電話番号		(自宅)				(携帯)							
メールアドレス（任意）														

	交付対象者氏名	続柄	生年月日			申請理由	
①			5 昭和	年	日	日	←下記「申請理由」より必ず（番号を）選択ください
②			7 平成	年	日	日	←下記「申請理由」より必ず（番号を）選択ください
③			9 令和	年	日	日	←下記「申請理由」より必ず（番号を）選択ください

申 請 理 由	1	マイナンバーカードを紛失したため	<有効期限> 交付日から2か月
	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おこなっていないため	<有効期限> 令和11年（2029年）12月1日
	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	

令和 年 月 日 提出

【注意事項】

- ・この届書は、資格確認書の交付を希望する場合、当健保組合に提出するものです。
- ・被保険者情報欄は必ず記入してください。
- ・交付対象者の「氏名」「続柄」「生年月日」「申請理由（番号）」を記入してください。
- ・申請理由について、別途確認させていただく場合があります。

【提出先】

151-0053
東京都渋谷区代々木2-4-9 NMF新宿南口ビル6F（株式会社オークス内）
日本航空健康保険組合 健保事務センター
Tel：03-6629-1140

受付日付印

2024.12

常務理事	事務局長	リーダー	担当者