受付印

常務理事	事務長	係	係

資格確認書　再交付申請書

申請日：　　年　　月　　日

被保険者情報	被保険者の資格記号・番号	記号		氏名	
		番号		生年月日	年　　月　　日
	住所・電話	〒 TEL			

☑ 該当する項目にチェックをいれてください

対象者／交付理由	対象者氏名		続柄	
	マイナンバーカード（マイナ保検証）	☐ 申請中（再交付含む）　☐ 申請予定　☐ 取得予定なし		
	資格確認書	☐ 内容変更　☐ 紛失　☐ 棄損		
	※資格確認書には有効期限があります。期限内に極力マイナンバーカードの取得をお願いします。 ※マイナンバーカード（マイナ保険証）を保有している方の「資格確認書」は発行できません。 ※有効期限が切れた（～2025/12/1）「健康保険被保険者証」は使用できません。ご自身の責任で適切に処分してください。			
	申請事由の詳細 （状況を詳しく記入）			

※「誓約書」に署名・捺印をお願いします

誓約書

西部瓦斯健康保険組合　理事長殿

私は、本申請書に記載した通り「資格確認書」を申請しましたが、万一、「資格確認書」および有効期限が切れた「健康保険被保険者証」が不正使用され、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、その一切の責任を負うことを誓約します。また、後日「マイナ保険証」を取得した際は、直ちに「資格確認書」を返却します。

被保険者氏名

※「資格確認書」の申請にあたり以下に事業主の証明をお願いします

事業主記入欄

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提出します。
当該被保険者には引き続き、マイナンバーカードの取得を勧めていきます。

年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主名

【注意事項】

・内容変更、棄損の場合は「資格確認書」を必ずご返却ください
・クレジットカードのように使用停止処理はできませんので、速やかに警察への届出をお願いします