東武鉄道健康保険組合

常務理事	事務長	課長補佐	主　任	担当者

発行部

管理課長	課長補佐	主　任	課員(部員)

健康保険　資格確認書（再）交付申請書

被保険者情報

記号・番号	記号(左つめ)　番号(左つめ)	生年月日　1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日
氏名	フリガナ	
住所	〒　－ 都 道 府 県	

対象者欄

対象者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 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 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	申請理由 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 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	申請理由 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 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

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
9 ： その他(　　)

【紛失した状況】

所属長欄

上記のとおり被保険者から交付の申請がありました。

所　属

所属長氏名・印　　㊞

受付日付印