

## 健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

|               |      |     |  |    |
|---------------|------|-----|--|----|
| 健保<br>使用<br>欄 | 常務理事 | 事務長 |  | 担当 |
|               |      |     |  |    |

下記のとおり資格確認書の交付を申請します。

|               |    |      |   |    |   |      |   |  |   |  |
|---------------|----|------|---|----|---|------|---|--|---|--|
| 提出日           | 令和 |      | 年 |    | 月   |      | 日 |  |   |  |
| 記号・番号         | 記号 |      |   | 番号 |   |      |   |  |   |  |
|               |    |      |   |    | ・記号番号は「資格情報のお知らせ」またはマイナポータルにログイン<br>することで確認することができます。 |      |   |  |   |  |
| 被保険者情報        | 氏名 | フリガナ |   |    |   | 生年月日 |   |  |   |  |
|               |    |      |   |    | 3 昭和<br>4 平成<br>5 令和                                  |      | 年 |  | 月 |  |
| 住民票住所         | 〒  | —    |   |    | (電話番号)  | —    | — |  |   |  |
| 会社名<br>(事業所名) | 名称 |      |   | 所属 | 工場・支社   | 部署名  |   |  |   |  |

|       |       |  |    |  |                      |                      |   |      |                      |   |   |
|-------|-------|--|----|--|----------------------|----------------------|---|------|----------------------|---|---|
| 対象者欄  | 対象者   | 1 被保険者 (本人) 分のみ<br>2 被扶養者 (家族) 分のみ<br>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   |    |  |                      | 生年月日                 |   |      | 申請理由                 |   |   |
|       |       | 氏名   | 同上 |  |                      | 同上                   |   |      | 下記、理由欄より<br>必ず選択ください |   |   |
|       | 被扶養者① | フリガナ   |    |  |                      | 生年月日                 |   |      | 申請理由                 |   |   |
|       |       | 氏名   |    |  |                      | 3 昭和<br>4 平成<br>5 令和 |   | 年    |                      | 月 |   |
| 被扶養者② | フリガナ  |  |    |  | 生年月日                 |                      |   | 申請理由 |                      |   |   |
|       | 氏名    |  |    |  | 3 昭和<br>4 平成<br>5 令和 |                      | 年 |      | 月                    |   | 日 |
| 被扶養者③ | フリガナ  |  |    |  | 生年月日                 |                      |   | 申請理由 |                      |   |   |
|       | 氏名    |  |    |  | 3 昭和<br>4 平成<br>5 令和 |                      | 年 |      | 月                    |   | 日 |

|  |  |
|--|--|
| 理由欄                                    | 01 : マイナカードを紛失したため 【3ヶ月】                       |
|  | 02 : マイナカードの更新手続き中のため 【3ヶ月】                    |
|  | 03 : マイナ保険証による受診には第三者 (介護者など) のサポートが必要なため 【2年】 |
|  | 05 : マイナ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 【3ヶ月】    |
|  | 07 : マイナカードの電子証明書の有効期限が切れているため 【3ヶ月】           |
|  | 08 : マイナカードを返納したため 【2年】                        |
|  | 16 : マイナカードを作っていないため (今後作成予定) 【3ヶ月】            |
|  | 90 : マイナカードを作っていないため (今後も作成しない) 【2年】           |
| 17 : 資格確認書を滅失・き損したため 【滅失・き損した確認書の残存期間】 |  |

|       |                                 |  |  |          |  |         |  |  |  |      |  |
|-------|---------------------------------|--|--|----------|--|---------|--|--|--|------|--|
| 事業主欄  | 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届出します。 | (注意事項)   |  |          |  |         |  |  |  |      |  |
|       | 令和 年 月 日                        | 1. 「資格確認書」の再交付は有料です。 [500円/枚]<br>後日、給与天引きとなります。<br>申請後は理由に問わず返金できませんのでご注意ください。 |  |          |  |         |  |  |  |      |  |
|       | 事業所所在地                          | 2. き損による再交付の場合は、本申請書に添付してくだ<br>さい  |  |          |  |         |  |  |  |      |  |
|       | 事業所名称                           |  |  |          |  |         |  |  |  |      |  |
|       | 事業主氏名                           |  |  |          |  |         |  |  |  |      |  |
| 電話番号  |                                 |  |  |          |  |         |  |  |  |      |  |
| 事務担当者 | 所属                              | 交付日  |  | 令和 年 月 日 |  | 有効期限    |  | 3ヶ月 2年   |  | 発行代金 |  |
| 氏名    |                                 |  |  |          |  | 令和 年 月末 |  | <input type="checkbox"/> 請求する <input type="checkbox"/> 請求しない |  |      |  |

## ◇本紙提出ルート◇

- ・ (株)ジェイテクト (本・支社、営業所、出向者) : 申請者⇒人事部人財支援室 (本社 旧本館 ジェイテクトビル5階 内) ⇒健保
- ・ (株)ジェイテクト (各工場、大阪事業所、東日本支社) : 申請者⇒各工場総務担当者⇒人事部人財支援室 (本社 旧本館 ジェイテクトビル5階 内) ⇒健保
- ・ 上記以外のグループ企業 : 申請者⇒事業所担当者⇒健保
- ・ 任意継続被保険者 : 申請者⇒健保