資格取得日	昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月　日
交付年月日	令和　年　月　日

常務理事	事 務 長	担当	台帳

健康保険　資格確認書（再）交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

令和 6 年 12月 1日提出

被保険者情報

記号・番号 社員コード	記号（左づめ）5 5 ／ 番号（左づめ）5 5 5 ／ 社員コード（左づめ）1 2 3 4 5 6	生年月日	2（1 昭和 2 平成 3 令和）5 年 5 月 5 日
氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	電話番号	090-****-****
住所	〒 ***-**** 富山県富山市●●町5－5－5		

対象者欄

対象者	3（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 4（下記、理由欄より必ず選択ください）
被扶養者①	フリガナ ケンポ ハナコ 氏名 健保 花子	生年月日 2（1 昭和 2 平成 3 令和）7 年 7 月 7 日	申請理由 3（下記、理由欄より必ず選択ください）
被扶養者②	フリガナ ケンポ ハジメ 氏名 健保 一	生年月日 3（1 昭和 2 平成 3 令和）6 年 10 月 10 日	申請理由 5（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（保険証）を滅失・毀損したため※

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。

TISインテックグループ健康保険組合　理事長　殿

令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

事業主証明が必要です。記入後は事業所へ送付お願いします。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

R6.12

※「 8. 毀損」の場合は毀損物を必ず添付してください。

滅失・ 毀損による交付申請の**発行手数料（ 1,000円）**は、**後日給与天引きとなります。**