申請者 → 事業主（人事担当） → 伊藤忠健康保険組合（ITCKH）

常務理事	事務長	担当者

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

資格確認書の交付が必要な場合に提出ください。

被保険者本人欄

社員番号			
個人番号（マイナンバー）	□□□□ □□□□ □□□□		
記号・番号	記号 ― 番号	生年月日 □昭和 □平成 年 月 日	
フリガナ			
氏名			
郵便番号	―	連絡先	
住所	都 道 府 県		

対象者欄

交付対象者	□被保険者(本人)分のみ □被扶養者(家族)分のみ □被保険者(本人)および被扶養者(家族)分			
被保険者本人	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
被扶養者①	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	申請理由 □ 下記理由欄より必ず選択
被扶養者②	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	申請理由 □ 下記理由欄より必ず選択
被扶養者③	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	申請理由 □ 下記理由欄より必ず選択
被扶養者④	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	申請理由 □ 下記理由欄より必ず選択

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

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。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

受付印