|  |
| --- |
| 事業所担当者 |
|  |

**資格確認書（再）交付申請・滅失届**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健 康 保 険 組 合 | | |
| ＧＬ | 担当者 | 担当者 |
|  |  |  |

← 任継・特退の加入者は押印不要

**提出先**

**■ 在職者：勤務先の健保業務担当部門**

**■ 任継/特退者：健康保険組合**

**〒250-0001神奈川県小田原市扇町2-12-1**

**富士フイルムグループ健康保険組合 任継･特退担当宛**

**下記のとおり『資格確認書』を申請します　※資格取得申請と同時に申請する場合は、記号番号は空欄で申請してください**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 等 | | | 申 請 日 | | 令和 年 月 日 | |
| 記　号 | 番　号 | |
|  |  | | 被保険者氏名 | |  | |
| **対象者欄** | | | | | | |
| 氏　　　　名 | | 続　　柄 | | 生 年 月 日 | | 申請理由  番号 |
|  | | 1.本 人  2.被扶養者(続柄：　　　) | | 昭和・平成・令和  年月 日 | |  |
|  | | 1.本 人  2.被扶養者(続柄：　　　) | | 昭和・平成・令和  年月 日 | |  |

**【申請理由番号】※４.その他の場合は申請理由をご自身でご記入ください**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由番号 | 申請理由 |
| **１** | マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して、資格確認を補助する必要があるため |
| **２** | マイナンバーカードを紛失した・更新中のため |
| **３** | 資格確認書の再交付希望（紛失・毀損のため）  ※「毀損（破損した・印字が消えたなど）」の場合は毀損した資格確認書を添付  【再交付には手数料がかかります】  ① 下記振込先へ再交付手数料1枚につき1,000円を振り込んでください。  ※振込手数料はご負担願います。振込人氏名の後に被保険者等の記号-番号を入力してください。  振込先 横浜銀行　大雄山支店（普）0000764  名義：富士フイルムグループ健康保険組合  ② ①の振込控え(コピー可)（インターネットでの振込時は完了画面を印刷）を添付のうえ、申請してください。 |
| **４** | その他　申請理由：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **５** | 資格確認書の滅失申請（資格確認書 再交付不要） |
| 下記、理由での申請は不要です。（「資格確認書」を健保より自動的に交付します。）  ・マイナンバーカードを持っていない  ・マイナ保険証の利用登録をしていない  ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ  ※健康保険証をお持ちの方は2025.12.1までに「資格確認書」を健保より自動的に交付します。 | |