ルネサス健保使用欄

決裁	常務理事	事務長	主 任	担 当

ルネサス健康保険組合御中 （送付先は、下記参照）

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

マイナ保険証で医療機関を受診される場合、本申請（資格確認書）は、不要です。

提出日	令和　　年　　月　　日

被保険者情報

※枝番（-00）記入は不要です。

被保険者の記号・番号											被保険者氏名	フリガナ
記号				番号（右詰め）								
事業所（いずれかに✔）				日中の連絡先　電話番号							連絡用メールアドレス	
□REL　□RSMC　□任継・特退												
従業員番号											事業所コード	

※事業所コードは、事業所健保担当者が記入

申請内容

交付を希望する方の氏名	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
申請理由（いずれかに☑）	□ マイナ保険証が一時的に利用出来ないため（マイナンバーカード紛失等による再交付中、電子証明書有効期限切れ等） □ マイナ保険証を利用しないため（健康保険証利用登録をしない、マイナンバーカード未取得・返納等） □ 要配慮者（マイナ保険証での受診が困難な方等） □ 資格確認書の紛失、き損、または、住所欄の余白がなくなったため				

交付を希望する方の氏名	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
申請理由（いずれかに☑）	□ マイナ保険証が一時的に利用出来ないため（マイナンバーカード紛失等による再交付中、電子証明書有効期限切れ等） □ マイナ保険証を利用しないため（健康保険証利用登録をしない、マイナンバーカード未取得・返納等） □ 要配慮者（マイナ保険証での受診が困難な方等） □ 資格確認書の紛失、き損、または、住所欄の余白がなくなったため				
交付を希望する方の氏名	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
申請理由（いずれかに☑）	□ マイナ保険証が一時的に利用出来ないため（マイナンバーカード紛失等による再交付中、電子証明書有効期限切れ等） □ マイナ保険証を利用しないため（健康保険証利用登録をしない、マイナンバーカード未取得・返納等） □ 要配慮者（マイナ保険証での受診が困難な方等） □ 資格確認書の紛失、き損、または、住所欄の余白がなくなったため				

以下、任意継続被保険者及び特例退職被保険者のみ記入願います。※ 一般被保険者（従業員）については、会社経由で送付します。

送付先住所（原則、自宅住所）	〒　　—
受取人氏名	受取人が被保険者以外の場合　続柄（　　）

受付日印

＜注意事項＞

1．被保険者の資格確認書を交付希望の場合、申請内容にも被保険者の氏名等を記入して下さい。
2．資格確認書はマイナ保険証が利用可能な方（要配慮者を除く）には交付出来ません。
　また、修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等に所持する目的での交付も出来ません。
3．資格確認書のき損や住所欄の余白がなくなった場合は、その資格確認書を添付して下さい。

＜申請書の送付先＞

加入区分	送付先
一般被保険者	ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス［〒105-0003　東京都港区西新橋1-18-6-11F］
任意継続被保険者、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合［〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1］

事業所担当印	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

インプット	証発行