

	常務理事	事務長	主任	担当
決裁				

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				フリガナ
記号	番号 (右詰め)	被保険者 氏名		
事業所名(任継・特退の方は記入不要)				日中の連絡先 電話番号
社名	所属			
従業員番号 (右詰め)	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
申請理由 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な方等) <input type="checkbox"/> 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
申請理由 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な方等) <input type="checkbox"/> 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
申請理由 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な方等) <input type="checkbox"/> 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()	

<注意事項>

- 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。
- 資格確認書は、健康保険証を所持している方、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。
- 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	社会保険労務士法人なんの木事務所 〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29 ※社内便の場合:本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木
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

事業所所在地	
事業所担当印	事業所名称
	事業主氏名

インプット	証発行