

(注) この届出は必ず事業主経由で申請してください。

健保に直接申請することができません。(任継を除く)

常務理事	事務長	検算	係

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

※下記太枠内にご記入をお願いいたします。

①被保険者等	記号	②被保険者の	氏名			
	番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
③被保険者の現住所	〒					
④被保険者の勤務する事業所・所属の	名称	部・ 統括部・支社	営業所・ 課・グループ	分室		
	日中連絡先：自宅・会社・携帯 ()					
⑤再交付を希望する該当者 (被保険者含む)	(ア)氏名	(イ)生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	(申請理由) 下記、理由欄より番号を必ず選択 してください	
					番	
	(ア)氏名	(イ)生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	(申請理由) 下記、理由欄より番号を 必ず選択してください。	
					番	
(ア)氏名	(イ)生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	(申請理由) 下記、理由欄より番号を 必ず選択してください。		
				番		
(ア)氏名	(イ)生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	(申請理由) 下記、理由欄より番号を 必ず選択してください。		
				番		

申請理由

- 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
- ※ 1～8 以外の理由をもって、「資格確認書」の(再)交付申請の受付はできません。

申請書の送付先(送信先)

(アクサ生命保険株式会社)

・郵送：SATO社会保険労務士法人

・メール申請可：メール申請した場合は「書面」での提出は不要です。

●内勤・技能職・契約社員： sato-axa@sato-group.com

●COI営業社員・FA職員： sato-axa-g@sato-group.com

(アクサ生命保険株式会社以外・任継)

・郵送：委託先社会保険労務士法人(委託先社会保険労務士法人が無い場合は直接健保組合)

受付受理日

名称	
事業所	所在地
	(郵便番号)
事業主の氏名	
電話番号	

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

アクサ生命健康保険組合