

前回交付日 年 月 日	年 月 日
旧被保険者証 添付	有 無
申請理由 (○を付ける)	滅失 余 損白 無 余 白

受付	年 月 日
決定	年 月 日
交付決議書	
常務理事	事務長 担当者
資格取得	年 月 日
再交付年月日	年 月 日

健康保険資格確認書再交付申請書(更新用)

ニチバン健康保険組合理事長 殿

資格確認書 有効期限更新の事由により再交付をお願い致します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名			生 年 月 日	
	○	○○○○○○○	健保 太郎			昭和 平成	○ 年 ○ 月 ○ 日
資格確認書の再交付の原因			更新 (2年) 短期3ヶ月) いずれか選択				
資格確認書の再交付者氏名		性別	生 年 月 日			被保険者 との続柄	マイナ 保険証
健保 太郎		男・女	昭和 令和	平成	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	(例) 本人	有・無
		男・女	昭和・平成 令和		年 月 日		有・無
		男・女	昭和・平成 令和		年 月 日		有・無

上記のとおり、資格確認書の更新による再交付申請がありましたので提出いたします。
資格確認書の交付履歴を管理いたします。(事業主控を保管下さい)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

事業主	事業主所在地	
	事業主名称	
	事業主氏名	