

資格確認書（再）交付申請書

この書類は資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。

| | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|------|---|-------|------------------------------------|--|
| 被 保 険 者 欄 | 記号・番号 | — | | 電話番号 | | | | |
| | 氏名 | | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | | |
| | 会社・部署名 | 社内メールにてお届けが可能なようにご記載ください | | | | | | |
| | 住所 | (〒 —) | | | | | | |
| | ★任意継続の方 (退職者のみ) | 被保険者の顔写真付きの身分証（写し）を1枚添付してください。 (免許証・パスポート・マイナンバーカード等) | | | | | | |
| 交 付 対 象 者 欄 | 交付を必要とする対象者 (本人の場合も 記入) | 氏名 | | 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 必ず選んでくだ さい) | |
| | | 氏名 | | 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 必ず選んでくだ さい) | |
| | | 氏名 | | 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 必ず選んでくだ さい) | |
| | | 氏名 | | 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 必ず選んでくだ さい) | |
| 理 由 欄 | 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つくっていないため 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 | | | | | | | |
| 確 認 欄 | ※マイナンバーカードの紛失、盗難等の場合には、マイナンバーカード機能停止の手続きが必要になります。 マイナンバー総合フリーダイヤル 0120-95-0178 へ連絡してください。併せて、警察に遺失届・盗難届を出していただき、 受理番号を控えてください。その後お住いの市区町村にてマイナンバーカードの再発行の手続きを行ってください。 | | | | | | | |
| 事 業 主 証 明 欄 | 上記の申請について相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主名称 | | | | | | | |

《提出先》

- トヨタ車体の方・・・ トヨタパーソナルサポート（株） →トヨタ車体健康保険組合 【送付方法は記入例をご覧ください】
- トヨタ車体研究所の方・・・ LSCオフィスサポート事業室 →トヨタ車体健康保険組合
- その他の事業所の方・・・ 所属事業所担当部署（人事・総務など） →トヨタ車体健康保険組合
- 任意継続の方・・・ トヨタ車体健康保険組合