送付先	TOTO社員	社内便の場合	TOTO株式会社 本社 TOTO健康保険組合宛
		郵送の場合	〒802-8601 福岡県北九州市小倉北区中島2-1-1 TOTO健康保険組合宛
		電話番号	(内線)7-11-2182/(外線)093-951-2182
	グループ会社社員		各グループ会社 人事担当課

健康保険 資格確認書 （再）交付申請書

◆資格確認書の交付を希望する場合にご利用ください。

◆有効期限の到来による本書の申請は不要です。

ただし、到来時にマイナ保険証を保有されている場合、下記理由7の方以外は、更新発行はできませんのでご注意ください。

↓ 記号番号は、TOPAS → 本人情報の照会 → 本人情報公開 → 社会保険情報（2ページ目）に記載があります

被保険者記入欄	記号・番号	記号	番号	社員番号	生年月日	☐ 昭 ☐ 平	年 月 日	
	被保険者氏名			送付先住所	〒 -			
	会社名	株式会社		所属名	日中の電話番号	(内線)	- -	
						(外線)	- -	
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						1～6までは 現行の保険証を 紛失・破損・改姓 した場合のみ	
交付対象者	被保険者	氏名	(フリガナ)	生年月日	同上	申請理由	☐ 上記、理由欄より必ず選択してください	
	扶養者	氏名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日	申請理由	☐ 上記、理由欄より必ず選択してください	
	扶養者	氏名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日	申請理由	☐ 上記、理由欄より必ず選択してください	
	扶養者	氏名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日	申請理由	☐ 上記、理由欄より必ず選択してください	
	扶養者	氏名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日	申請理由	☐ 上記、理由欄より必ず選択してください	

事業主証明欄	上記のとおり、被保険者から(再)交付の申請がありましたので、届出いたします。							
				所在地	:			
	令和	年	月	日	事業主	名称	:	
				氏名	:			

《健保使用欄》

受付日

送付	/
----	---

常務理事	事務長	担当	G会社担当