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使用ください

被保険者情報

記号・番号	記号	番号	枝番 00	生年月日 5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日
社員番号/SSOID	1 2 3 4 5 6 7 8 9	＊社員番号/SSOIDは左詰めで記入してください。 GE Healthcare/GE Aerospace/GE Vernova ： 9桁の番号 BakerHughes ： 6桁の番号 Cytiva ： 6桁もしくは7桁の番号 FieldCore ： 9桁の番号		
氏名	フリガナ			
郵便番号	－	電話番号		
住所	都　道 府　県			

（再）交付対象者の氏名・生年月日、申請理由を記入してください。
＊申請理由の記載がない場合は発行できませんので、必ずご記入ください。

（再）交付対象者欄

	申請理由	フリガナ 氏名	生年月日
1	下記、理由欄より必ず選択ください		5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日
2	下記、理由欄より必ず選択ください		5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日
3	下記、理由欄より必ず選択ください		5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日
4	下記、理由欄より必ず選択ください		5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日

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

事業主欄

上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

GE健康保険組合　2025.1更新