常務理事	事務長	課　長	課長補佐	係　員

資格確認書交付申請書

提出日　　年　　月　　日

東京地下鉄健康保険組合 殿

所　属		被保険者等 記号－番号	―		
被保険者氏名		生年月日		性別	
資格取得 年 月 日		被保険者住所			

届出の対象となる者		氏　名	生年月日	性別	続柄	交付種別
	被保険者		上　記　に　同　じ		本人	新規・き損 滅失・その他
	被扶養者					新規・き損 滅失・その他

届出理由	【A～Eの該当するものに○してください】 A　マイナンバーカードを更新中(紛失含む)のため B　マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要がある者のため C　「資格確認書」き損のため D　「資格確認書」滅失のため E　その他
C・D・Eの詳細理由	【届出理由がC～Eの時は詳細理由を記入してください】
滅失の場合	届出　　警察署(受理番号:　　)
事業主又は所属長の証明	上記のとおり被保険者から資格確認書交付申請の届出がありましたので提出いたします。 年　　月　　日 事業主 所属長　氏名

★滅失した資格確認書が見つかったときは、当健保組合へ連絡のうえすみやかに旧資格確認書を返納してください。