

# 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	被保険者等 記号番号または個人番号の <u>いずれか</u> を記載ください。			
	被保険者等 記号 番号	□□□□ □□□□	個人番号 マイナンバー	・被保険者等記号番号が不明な場合に限り、記入してください
	氏名	フリガナ	生年月日	
			<input type="text"/> <small>5. 昭和 7. 平成 9. 令和</small>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	郵便番号	□□□□ - □□□□	電話番号	□□□□□□□□□□□□
住所	都 道 府 県			

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> <small>1. 被保険者(本人)分のみ 2. 被扶養者(家族)分のみ 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分</small>		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		同 上	同 上	<input type="checkbox"/> <small>下記、理由欄より 必ず選択ください</small>
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
			<input type="text"/> <small>5. 昭和 7. 平成 9. 令和</small>	<input type="checkbox"/> <small>下記、理由欄より 必ず選択ください</small>
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		<input type="text"/> <small>5. 昭和 7. 平成 9. 令和</small>	<input type="checkbox"/> <small>下記、理由欄より 必ず選択ください</small>	
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		<input type="text"/> <small>5. 昭和 7. 平成 9. 令和</small>	<input type="checkbox"/> <small>下記、理由欄より 必ず選択ください</small>	

理由欄	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. マイナンバーカードを紛失したため</li> <li>2. マイナンバーカードの更新手続き中のため</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>5. マイナンバーカードを作っていないため</li> <li>6. マイナンバーカードを返納したため</li> <li>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</li> <li>8. 資格確認書を滅失・き損したため</li> </ol>
-----	---

( 受 付 印 )

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所所在地	上記の通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。
	事業所名称	〒
	事業主氏名	
	電話番号	

社会保険労務士記載欄			
氏 名 等			

常務理事	事務長	係	係