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**いずれか**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	
氏名	フリガナ	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日
郵便番号	ー	電話番号	
住所	都　道 府　県		

対象者欄

対象者	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		
被保険者	フリガナ 氏名 同　上	生年月日 同　上	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

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

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

日本金属健康保険組合