

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

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	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名	フリガナ						
	住所	〒						

対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分						
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年 月日	昭和 平成 令和	同上	申請理由	<input type="checkbox"/> ※理由欄から ご選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	申請理由	<input type="checkbox"/> ※理由欄から ご選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	申請理由	<input type="checkbox"/> ※理由欄から ご選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	申請理由	<input type="checkbox"/> ※理由欄から ご選択ください

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 : 資格確認書を滅失したため 9 : 資格確認書をき損したため
-----	--

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。 なお、紛失した資格確認書を発見した際には、速やかに返却いたします。
	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 記載欄	氏名等
----------------	-----