

常務理事	事務長	担当	担当

## 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	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。		
	記号・番号	記号(左つめ)	番号(左つめ)	生年月日	
	氏名	フリガナ			
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県			

対 象 者 欄	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		
	被 保 険 者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

理 由 欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため	紛失日 : 令和 年 月 日 (頃)
	2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため	更新手続き開始日 : 令和 年 月 日
	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	有効期限 : 令和 年 月 日
	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	利用登録またはマイナンバーカード作成の予定
	5 : マイナンバーカードを作っていないため	<input type="checkbox"/> あり : 令和 年 月 日 (頃) 開始予定
	6 : マイナンバーカードを返納したため	<input type="checkbox"/> なし : 理由
	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	返納日 : 令和 年 月 日
	8 : 資格確認書を滅失・き損したため	(詳細に) 滅失日 : 令和 年 月 日 (頃) ※き損の場合は、き損した資格証明書を添付

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	
-----------------------	--