

常務理事	事務長	課長	係長	係員

# 健康保険 資格確認書（再）交付申請書

被 保 険 者 情 報	事業所 記号		被保険者 番号		(フリガナ) 氏名		生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	年	月	日
	住 所	〒							TEL	-	-

※『理由欄』から申請理由番号を選択してください。

（再）交付申請者	氏 名		生年月日	*申請理由	備 考
	被 保 険 者	同 上	同 上		
被 扶 養 者 ①	(フリガナ)	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年 月 日		
被 扶 養 者 ②	(フリガナ)	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年 月 日		
被 扶 養 者 ③	(フリガナ)	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年 月 日		

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

事業 主 記 入 欄	上記の通り、被保険者から交付申請がありましたので届出します。		令和	年	月	日	提出
	事業所 所在地	〒	-				
	事業所 名 称						
	事業主 氏 名						
	連絡先			TEL	-	-	

受付印

社会保険労務士の提出代行者記入欄		
TEL	-	-