

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係員

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="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
被扶養者②	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
被扶養者③	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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。		
	事業所所在地	〒 -	
	事業所名称		
	事業主氏名		
	連絡先	TEL	-

令和 年 月 日 提出

受付印

社会保険労務士の提出代行者記入欄		
TEL	-	-