

健康保険 資格確認書(再)交付申請書

常務理事	事務長	担当者

被保険者情報欄	個人番号 (マイナンバー)									※個人番号または記号・番号 いずれかをご記入ください。	
	記号・番号	—									
	氏 名	(フリガナ) -----									
	生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	電 話 番 号	()				
	住 所	〒 —									

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				被保険者分の 申 請 理 由	☐ ※下記、理由欄より 選択してください。	
	氏 名		生 年 月 日				申 請 理 由	
	被扶養者①	(フリガナ) -----	昭和 平成 年 月 日 令和				☐	※下記、理由欄より 選択してください。
	被扶養者②	(フリガナ) -----	昭和 平成 年 月 日 令和				☐	※下記、理由欄より 選択してください。
	被扶養者③	(フリガナ) -----	昭和 平成 年 月 日 令和				☐	※下記、理由欄より 選択してください。
	被扶養者④	(フリガナ) -----	昭和 平成 年 月 日 令和				☐	※下記、理由欄より 選択してください。

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成していないため 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
-----	--

事業主欄	上記のとおり被保険者からの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	
	電話番号	

社会保険労務士 の提出代行者	
-------------------	--

令和 年 月 日 提出

