

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

常務理事	事務長	課 長	課長代理	係 長	主 任	係

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		生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和				年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)					取得時等で記号・番号がわからないときは個人番号 をご記入ください			
	氏名	フリガナ							
	郵便番号	-		電話番号					
	住所	都 道 府 県							

対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
			1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
			1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
			1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
			1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください

- A: マイナンバーカードを紛失、更新中のため
- B: 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
- C: マイナンバーカードを取得していない
- D: マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証利用登録を行っていないため
- E: マイナ保険証の利用登録解除を申請したため(登録解除者)
- F: マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れのため
- G: マイナンバーカードを返納したため
- H: 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	
-----------------------	--