

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	昭和 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)	昭和 平成 令和	年	月	日	
	被扶養者②	(フリガナ)	昭和 平成 令和	年	月	日	
	被扶養者③	(フリガナ)	昭和 平成 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 - -	