

健康保険資格確認書(再)交付申請書

※この申請書は事業主を経由して提出してください

決裁 伺	常務理事	事務長	係	決裁日	入力

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	記号(右つめ) □□□□	番号(右つめ) □□□□□□	生年月日 □ 1 昭和 2 平成 3 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日
	氏名	フリガナ -----		

対 象 者 欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被 保 険 者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 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 □ 1 昭和 2 平成 3 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 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 □ 1 昭和 2 平成 3 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 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 □ 1 昭和 2 平成 3 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

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 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

受付印
