

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

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

年 月 日

被保険者情報	被保険者 記号・番号	記号 7	番号	個人番号 (マイナンバー)	
	※ 個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください				
	氏名	フリガナ		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和
	住所	〒 -			
メールアドレス			電話番号		

交付希望 対象者欄	記入例	申請理由(※) 1	フリガナ 健康 太郎	生年月日 2 1 昭和 2 平成 3 令和	続柄 本人
	①	申請理由(※)	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	続柄
	②	申請理由(※)	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	続柄
	③	申請理由(※)	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	続柄
	④	申請理由(※)	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	続柄
	⑤	申請理由(※)	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	続柄
	⑥	申請理由(※)	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	続柄

(※) 上記の「申請理由」には、右記の「理由欄」より該当番号を選択し、ご記入ください。

理由欄	<ul style="list-style-type: none"> 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 4 : マイナンバーカードを作っていないため(持っていない) 5 : 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(紐付けしていない) 6 : マイナンバーの健康保険保険証利用登録を解除したため 7 : 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 8 : マイナンバーカードを返納したため 9 : 資格確認書を滅失・き損したため 10 : その他()
-----	---

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(代理人)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
