

常務理事	事務長		担当

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

被保険者が記入するところ	被保険者等 記号番号	記号	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者 氏名	フリガナ			所属 事業所名				
	被保険者 住所	〒							
	該 当 者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分 3. 被保険者および被扶養者分							
	該当者が被扶養者 の場合記入	①	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由 (理由欄より番号選択)
	②	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由 (理由欄より番号選択)	
	③	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由 (理由欄より番号選択)	

理由欄	<ol 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 <p style="text-align: center; font-size: small;">※毀損のための再交付申請であるときは、毀損した資格確認書をこの申請書に添付してください。</p>
-----	---

令和 年 月 日提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話
--

受付日付印

社会保険労務士の提出代行