

当理事務	事務長		担当者

「株式会社パルグループホールディングス」、「株式会社パル」、「株式会社ナイスクランプ」、「株式会社マグスタイル」のうちお勤めの事業所名を記入してください。

記号・番号の記載がある場合は個人番号の記入は不要です。記号・番号が不明な場合は、個人番号を記入してください。

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

被保険者証等の記号番号	記号 〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得年月日	平成 令和	年	月	日
個人番号	※個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。											
被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ	被保険者住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ご住所をマンション名各部屋番号までご記入ください										
所属事業所及び部署名	健保 太郎											
電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇											
該当者 (該当するものに○)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分											
被保険者が記入するところ 対象者	被保険者	フリガナ 同上	続柄 本人	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	同上	申請理由 (下記理由欄より該当する番号を選択してください)		
	被扶養者①	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	続柄 妻	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	〇〇〇〇〇〇〇〇	1		
	被扶養者②	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	必ず記入してください。			
	被扶養者③	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由 (下記理由欄より該当する番号を選択してください)			
理由欄 (該当する番号を上記申請理由に記入してください)	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											

事業所の証明	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。
	令和 年 月 日
	〒
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
電話	

年 月 日提出  
受付日付印