

常務理事	事務長		担当者

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	被保険者証等の 記号番号	記号		生年月日	昭和	年	月	日	資格取得 年月日	平成	年	月	日	
		番号			平成							令和		
	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		被保険者 住 所	〒		一							
	所属事業所 及び部署名													
	該 当 者 (該当するものに○)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分												
	対 象 者	被 保 険 者	フリガナ	続 柄	本人	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)			
			同 上											
			フリガナ											
対 象 者	被 扶 養 者 ①	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)				
対 象 者	被 扶 養 者 ②	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)				
対 象 者	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