

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

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	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。				
	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/>		番号(左つめ) <input type="text"/>		生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
	氏名	フリガナ -----							
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>		電話番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>				
	住所	都 道 府 県							

対 象 者 欄	対象者	<input type="checkbox"/>	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 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	<input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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	<input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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	<input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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	<p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</p> <p>9 : 保険証を紛失したため(上記1~6の該当する理由に○を付けてください)</p>
-------------	--

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			

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--