

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 申請日：令和 年 月 日

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
				1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
	氏名	フリガナ		
	郵便番号		電話番号	
住所	都 道 府 県			

対象者欄	対象者	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	生年月日	申請理由 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 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 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 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 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 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	〔資格確認書の有効期限〕	
	1 : マイナンバーカードを紛失したため	⇒6か月で作成
	2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため	⇒6か月で作成
	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	⇒6か月で作成
	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年で作成
	5 : マイナンバーカードを作っていないため	⇒5年で作成
	6 : マイナンバーカードを返納したため	⇒5年で作成
	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	⇒5年で作成
8 : 資格確認書を滅失・き損したため	⇒5年で作成	

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

組合処理欄	令和 年 月 日 決定		
	常務理事	事務長	係
	印	印	印