

健康保険 資格確認書

交付申請書
再交付申請書

常務理事	事務長	担当者
交付（再交付）日： . .		

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

健康保険被保険者記号・番号（右づめ）				被 保 険 者 氏 名				
			—	(カナ)				
被 保 険 者 住 所				被 保 険 者 生 年 月 日				
〒				昭和・平成・令和		年	月	日

※ 太枠内をご記入ください。

対象者欄	交付対象者 (該当の番号に○をつける)		1. 被保険者（本人）のみ 2. 被扶養者（家族）のみ 3. 被保険者（本人）と被扶養者（家族）						
	被保険者	被保険者氏名		生 年 月 日			交付区分	申 請 理 由	
		同 上		同 上			新 規 ・ 再発行	下記理由欄より該当理由番号を選択し、左に記入ください	
	被扶養者①	被扶養者氏名		生 年 月 日			交付区分	申 請 理 由	
		(カナ)		昭和・平成・令和		年	月	日	新 規 ・ 再発行
	被扶養者②	被扶養者氏名		生 年 月 日			交付区分	申 請 理 由	
		(カナ)		昭和・平成・令和		年	月	日	新 規 ・ 再発行
	被扶養者③	被扶養者氏名		生 年 月 日			交付区分	申 請 理 由	
		(カナ)		昭和・平成・令和		年	月	日	新 規 ・ 再発行
	理由欄	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（介助者等）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							
注意：資格確認書の再発行には、「1 枚 1,000 円」の再発行手数料がかかります。									

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		
	事業主名		

受付印

事業所担当者