健康保険 資格確認書交付申請書

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"/>	記号	<input type="text"/>	番号 右つめ	<input type="text"/>	
	所属部署							事業地	
	氏名	フリガナ <input type="text"/>				生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
	郵便番号	<input type="text"/>			電話番号	<input type="text"/>			
	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 <input type="text"/> 同上 生年月日 <input type="text"/> 同上 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 申請理由 ☐ 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため ※理由詳細記入			
	2 : マイナンバーカードの新規取得・更新手続き中のため ※理由詳細記入			
	3 : 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			
理由詳細	4 : 資格確認書を紛失したため ※理由詳細記入			
	5 : 資格確認書をき損したため			
	6 : 資格確認書記載の氏名を改姓したため			
	7 : マイナンバーカード作成または保険証利用登録はしないため			
1,4の場合	警察への届出日	年	月	日
2の場合	取得・更新申請日	年	月	日
1,2の場合	必要な期間	年	月	日 ~ 年 月 日

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------