

月日 承認	常務理事	事務長	担当者	交付年月日
				令和 年 月 日 交付

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	被保険者等記号・番号			資格取得日	
	—			昭・平・令 年 月 日	
	ふりがな			生年月日	
	氏名			昭・平 年 月 日	
対 象 者 欄	対象者		☐ 1.被保険者(本人)分のみ 2.被扶養者(家族)のみ 3.被保険者(本人)及び被扶養者(家族)		
	被 保 険 者	ふりがな	続柄	生年月日	申請理由 ☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
		氏名	本人	同 上	
	被 扶 養 者	ふりがな	続柄	生年月日	申請理由 ☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
		氏名		昭・平・令 年 月 日	
	被 扶 養 者	ふりがな	続柄	生年月日	申請理由 ☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
		氏名		昭・平・令 年 月 日	
	被 扶 養 者	ふりがな	続柄	生年月日	申請理由 ☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
		氏名		昭・平・令 年 月 日	
	被 扶 養 者	ふりがな	続柄	生年月日	申請理由 ☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
		氏名		昭・平・令 年 月 日	
	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 主 欄	上記のど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				