

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 係 員 | 係 員 |
|      |     |     |

# 健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

|                  |                         |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |
|------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者<br>(申請者) 情報 | 個人番号<br>(マイナンバー)        | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>               | 個人番号または記号・番号のいずれかを記載下さい。                                                                                                                                            |
|                  | 被保険者等<br>記号・番号<br>(左づめ) | 記号 <div>1</div> <div>1</div> <div>1</div> 番号 <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div></div> <div></div> | 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平成 <div>6</div> <div>2</div> <div>9</div> <div>8</div><br><input type="checkbox"/> 令和 |
|                  | 氏名                      | (フリガナ) キョウアイ ハナコ<br>共愛 花子                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |
|                  | 住所                      | (〒 804 - 0092 ) 福岡 都道 府県 北九州市戸畑区<br>小芝2-2-6-201号室                                                                                     |                                                                                                                                                                     |
| 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL 093 ( 871 ) 6151    |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |

|      |       |                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
|------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 対象者欄 | 対象者   | <div>3</div> <div>1 被保険者(本人)分のみ<br/>2 被扶養者(家族)分のみ<br/>3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分</div>                                                                                                                                         |  |  |
|      | 被保険者  | (フリガナ) 氏名 同上 生年月日 同上 申請理由 <div>4</div> 下記、理由欄より必ず選択ください                                                                                                                                                                    |  |  |
|      | 被扶養者① | (フリガナ) キョウアイ タロウ 氏名 共愛 太郎 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <div>6</div> <div>1</div> <div>5</div> <div>1</div> <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 申請理由 <div>4</div> 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="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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                    |
|     | 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。 | (R6.10) |
|                       | 事業所所在地                          | 受付日付印   |
|                       | 事業所名称                           |         |
|                       | 事業主氏名                           |         |
|                       | 電話番号                            |         |
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 |                                 |         |