

任継用

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。

提出日 令和 年 月 日

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) 3 0 番号(左つめ) 	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 (ハイフン除く)		電話番号 (ハイフン除く)	
	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 同上	生年月日 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 続柄 	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 続柄 	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 続柄 	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	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
-----	--

被保険者欄	上記のとおり交付の申請をします。
	住所
	氏名
	電話番号

受付日付印
