

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

以下の通り申請します。

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) 	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		電話番号	
	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	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	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	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	※有効期限は発行日から3か月とします。
	2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため	※有効期限は発行日から3か月とします。
	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	※有効期限は発行日から3か月とします。
	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	※有効期限は発行日から1年とします。
	8 : 資格確認書をき損したため	※き損した資格確認書は回収します。有効期限は既発資格確認書と同じとします。
	9 : 資格確認書を滅失したため	※再発行手数料として対象者一人につき500円を徴収します。有効期限は既発資格確認書と同じとします。

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。	受付日付印
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号		

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--