

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

常務理事	事務長	担当	

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	会社名 (出向者は出向元の会社名)			社員番号	
	個人番号 (マイナンバー)			記号-番号 ※左記個人番号を記載の場合は不要	—
	フリガナ 氏名			生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
	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	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	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	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

【ご注意】

- 理由欄にある1～8の理由でのみ申請可能です
- 有効期限内に退職(資格を喪失)する場合、必ず資格確認書を事業所総務担当まで返納してください

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

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

受付日付印
