

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

事務局長	事務局次長	課長	係長	係

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。

年 月 日提出

事業主欄	事業所所在地	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提出します。 〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

--

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	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	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 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	生年月日	申請理由
		同上	同上	<input type="checkbox"/> 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	申請理由
				<input type="checkbox"/> 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	申請理由	
			<input type="checkbox"/> 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	申請理由	
			<input type="checkbox"/> 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

(注意事項)

◎滅失による再交付申請の場合は、「再交付申請書」と「滅失届」の2枚1組で提出してください。

◎き損したための再交付申請書であるときは、「き損した健康保険資格確認書」を添付してください。