

部長	課長	係長	担当者

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

被保険者情報	記号・番号	記号 [][][][] - 番号(左づめ) [][][][][][][]	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号 (マイナンバー)	[][][][][] - [][][][][] - [][][][][]					
	氏名	フリガナ	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)分のみ <input type="checkbox"/> 2.被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3.被保険者(本人)および被扶養者(家族)分							
	申請理由	フリガナ 被保険者 氏名	同上				生年月日	同上	
	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください								
	申請理由	フリガナ 被扶養者 氏名	昭和 平成 令和				年	月	日
	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください								
申請理由	フリガナ 被扶養者 氏名	昭和 平成 令和				年	月	日	
<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください									
申請理由	フリガナ 被扶養者 氏名	昭和 平成 令和				年	月	日	
<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

発行要否欄	<input type="checkbox"/> 以上の対象者について資格確認書の発行が必要であることを確認しました。 (※ 必ず☑してご提出ください。)
-------	--

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。	確認印	オンライン印	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	
-----------------------	--