

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
		1 2 3 4 - 5 6 7 8 9		昭和 平成 令和 1 1 年 1 1 月 1 1 日
	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 1 2 3 4		
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	電話番号	090 (1234) 5678
住所	〒123-4567 東京 都 道 新宿区南元町〇丁目〇〇-〇〇 府 県			

対象者欄	対象者	1 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		
	申請理由	フリガナ 被保険者 氏名	生年月日	
	5 下記、理由欄より必ず選択ください	同上	同上	
	申請理由	フリガナ 被扶養者 氏名	生年月日	
	5 下記、理由欄より必ず選択ください		昭和 平成 令和 年 月 日	
申請理由	フリガナ 被扶養者 氏名	生年月日		
5 下記、理由欄より必ず選択ください		昭和 平成 令和 年 月 日		
申請理由	フリガナ 被扶養者 氏名	生年月日		
5 下記、理由欄より必ず選択ください		昭和 平成 令和 年 月 日		

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	☒ 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 東京都〇〇市〇〇町3-2-1			
	事業所名称 医療法人社団 〇〇会			
	事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇			
	電話番号 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇			

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