

# 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

(申請日) 年 月 日

被 保 険 者 欄	記号・番号	記号 (左づめ) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	番号 (左づめ) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	*記号・番号はマイナポータルでもご確認いただけます。	生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和	年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	氏名	フリガナ _____				

対 象 者 欄	対象者	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 1 被保険者 (本人) 分のみ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 被扶養者 (家族) 分のみ <input style="width: 20px; height: 20px;" 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	同上	生年月日	同上	申請理由
	被 扶 養 者 ①	フリガナ氏名	同上	生年月日	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和                 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	申請理由
	被 扶 養 者 ②	フリガナ氏名	同上	生年月日	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和                 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	申請理由
	被 扶 養 者 ③	フリガナ氏名	同上	生年月日	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和                 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	申請理由

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
-------------	---

個人番号 (マイナンバー)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	*記号・番号が不明の場合のみ、 「被保険者」の個人番号を記載ください。
------------------	---	--

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。	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	
-----------------------	--

常務理事	事務長	担当者

【提出先】  
 ・所属事業所の健保担当部署へ提出ください。  
 ・任意継続被保険者は直接健保組合まで提出ください。