申請日　令和　　年　　月　　日

健康保険　資格確認書　(再)交付申請書

常務理事	事務長		担 当

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号		番号		個人番号（マイナンバー） ※記号番号未記入時のみ											
	被保険者 氏名						生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年		月		日				
	被保険者 住　所	〒					電話	（　　）									
	所属部署名 及び電話						電話	（　　）									

対象者欄	申請する方の氏名	生年月日				申請理由(太枠に番号記入)	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		下記理由欄より選択ください
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		下記理由欄より選択ください
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		下記理由欄より選択ください
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		下記理由欄より選択ください

申請理由欄

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（「健康保険　資格確認書　滅失・き損届」も一緒に提出してください）

注意事項

※資格確認書を滅失、盗難の場合は、第三者に悪用されることも考えられるため、警察への届出をしてください。

※マイナ保険証の利用登録をされている方については、原則として資格確認書を発行しません。

事業主の証明

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。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

受付日付印

提出代理者