

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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)										
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日													下記理由欄より選択ください
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日													下記理由欄より選択ください
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日													下記理由欄より選択ください
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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 (または健康保険被保険者証) を滅失・き損したため

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。
	※滅失した資格確認書を発見した時は速やかに返納してください。また、き損の場合はき損した資格確認書を添付してください。
	※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	
-----------------------	--