

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	個人番号 (マイナンバー)	※ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	※個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。
	記号・番号	記号(左つめ) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - 番号(左つめ) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日
	氏名	フリガナ -----	
	住所	〒 <input style="width: 100px;" type="text"/> 電話 <input style="width: 100px;" type="text"/>	

交 付 対 象 者	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 -----	生年月日 同上
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名 -----	生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日
	被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名 -----	生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日
	被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名 -----	生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日

理 由 欄	<p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</p> <p>※基本的には上記理由以外での交付はできませんが、特別な事情がある場合は詳細にご記入ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
-------------	--

事 業 主 欄	<p>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。</p> <p>事業所所在地 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>事業所名称 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>事業主氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>電話番号 <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
------------------	--

受付日付印

事業所担当者印		社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
---------	--	-----------------------	--