常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

被 保 険 者	記号・番号	記号 ----- 番号	被保険者 氏名		
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日
	住所	〒 -			

資格確認書の(再)交付について、次の通り申請します。〔どちらかに☑し、詳細を記入〕

対 象 者	☐ 被保険者(本人)分				申請理由 ☐	下記、理由欄より選択し、必ずご記入ください。				
	☐ 被扶養者(家族)分	1	フリガナ ----- 氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	申請理由 ☐	下記、理由欄より選択し、必ずご記入ください。
		2	フリガナ ----- 氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	申請理由 ☐	下記、理由欄より選択し、必ずご記入ください。
		3	フリガナ ----- 氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	申請理由 ☐	下記、理由欄より選択し、必ずご記入ください。
		4	フリガナ ----- 氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	申請理由 ☐	下記、理由欄より選択し、必ずご記入ください。
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								

年 月 日

住所
事業所
名称
事業主 氏名

受付日付印

裏面の注意事項も必ずご覧下さい。

《注意事項》

- ◆マイナンバーカードを健康保険証として利用できる方については、資格確認書を交付していただく必要はありません。
- ◆理由があり、マイナンバーカードを健康保険証として利用できない方で、資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。
- ◆再交付の理由は該当する数字をご記入下さい。
- ◆申請によって交付される資格確認書はA4普通紙となります。