

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

被保険者情報	被保険者等 (左づめ)	記号 	番号 	生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日
	氏 名	フリガナ		
	住 所	〒 —		
	電話番号	自宅 — —	携帯電話	— —

(再) 交付が必要な方	チェック欄	(再) 交付が必要な方の氏名	生年月日	続柄	申請理由
	☐	被保険者（本人）			☐ 下記、理由欄より該当する番号を記入
	資 格 被 扶 養 者 の 場 合 書 の 記 入		5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日 		☐ 下記、理由欄より該当する番号を記入
			5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日 		☐ 下記、理由欄より該当する番号を記入
		5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日 		☐ 下記、理由欄より該当する番号を記入	

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
-----	---

事業主欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者から（再）交付の申請がありましたので届出します。 令和 年 月 日 〒 —	※任意継続被保険者の方は 事業主欄の記入は不要です。
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電 話	()	

社会保険労務士記載欄 氏名等		受付日付印
-------------------	--	-------

■この申請書は、下記の書類等と一緒に提出してください。

- ・【滅失】の場合は、『資格確認書滅失届』を添付してください。
- ・【き損】の場合は、『き損した資格確認書』を添付してください。