

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

	記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ)		生年月日		
				1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		
	氏名	フリガナ				
	郵便番号		電話番号			
	住民票住所	都 道 府 県				

対象者欄	対象者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 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		申請理由	
		同上	同上		下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日		申請理由	
			1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日		申請理由	
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		下記、理由欄より必ず選択ください		
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日		申請理由	
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		下記、理由欄より必ず選択ください		

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申請/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	
	9 : マイナ保険証利用登録解除をしたため	
	※後日マイナ保険証登録が完了した方は、すみやかに資格確認書を返納してください	
※既存の健康保険証を保有している方、マイナ保険証登録をしている方は発行対象外です		

上記のとおり届出します。	受付日付印
被保険者住所	
被保険者氏名	
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	