

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)<br>1 2<br>3 4 5 6<br>生年月日<br>1 昭和<br>2 平成<br>3 令和<br>6 0 年 1 1 月 0 1 日 |
| 氏名    | フリガナ<br>シナカワ タロウ<br>品川 太郎                                                      |
| 郵便番号  | 1 4 1 0 0 3 1<br>電話番号<br>0 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8                                 |
| 住民票住所 | 都 道<br>東京 品川区大崎〇丁目〇番地●〇号<br>府 県                                                |

|      |                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者  | 2<br>1 被保険者(本人)分のみ<br>2 被扶養者(家族)分のみ<br>3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分                                                       |
| 対象者欄 | 被保険者<br>フリガナ<br>氏名<br>同上<br>生年月日<br>同上<br>申請理由<br>下記、理由欄より必ず選択ください                                                  |
|      | 被扶養者①<br>フリガナ<br>氏名<br>品川 花子<br>生年月日<br>2 昭和<br>0 3 平成<br>1 2 令和<br>2 4 年 1 2 月 2 4 日<br>申請理由<br>7 下記、理由欄より必ず選択ください |
|      | 被扶養者②<br>フリガナ<br>氏名<br>生年月日<br>昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日<br>申請理由<br>下記、理由欄より必ず選択ください                                  |
|      | 被扶養者③<br>フリガナ<br>氏名<br>生年月日<br>昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日<br>申請理由<br>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<br>2 : マイナンバーカードの申請/更新手続き中のため<br>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<br>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<br>5 : マイナンバーカードを作っていないため<br>6 : マイナンバーカードを返納したため<br>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<br>8 : 資格確認書を滅失・き損したため<br>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<br>※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。<br>被保険者住所<br>被保険者氏名<br>本人の住所(住民票住所)・氏名を記入 | 受付日付印 |
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記入欄                                  |       |