

健康保険資格確認書（再）交付申請書

※ 本申請書は、マイナンバーカードを取得済で、保険証利用登録済の方は原則届出できません。

| | | | | | |
|--|--|-----------|--------------------|---|-------|
| 被 保 険 者 情 報 欄 | 資格情報 | | フリガナ | 申請日 | 年 月 日 |
| | 記号 | 番号 | 被保険者 氏名 | 電話番号 | |
| | | | | 生年月日 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 |
| | (注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。 | | | | |
| 住所 (住民票) | 〒 | | | | |

交付する対象者を下記にご記載ください。

| | | | | | | 申請理由 |
|----------------------------------|---|--|--|--|-------|---|
| 被 保 険 者 | フリガナ | | | 生年月日 | | 下記、理由欄より 必ずご選択ください <input type="checkbox"/> |
| | 氏名 | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 日 | |
| 被 扶 養 者 ① | フリガナ | | ※続柄 | 生年月日 | | 下記、理由欄より 必ずご選択ください <input type="checkbox"/> |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | |
| 被 扶 養 者 ② | フリガナ | | ※続柄 | 生年月日 | | 下記、理由欄より 必ずご選択ください <input type="checkbox"/> |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | |
| 被 扶 養 者 ③ | フリガナ | | ※続柄 | 生年月日 | | 下記、理由欄より 必ずご選択ください <input type="checkbox"/> |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | |
| 被 扶 養 者 ④ | フリガナ | | ※続柄 | 生年月日 | | 下記、理由欄より 必ずご選択ください <input type="checkbox"/> |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | |
| 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 | | | | | |

上記について相違ないことを証明します。

| | |
|----------------------------------|-------|
| 事 業 主 証 明 | 年 月 日 |
| | _____ |
| | 事業所住所 |
| | 事業主氏名 |

◆申請ルート◆ 申請者→事業所→健保組合

※任意継続被保険者の方は事業主証明欄の記入は不要です。申請者→健保組合へ直接ご提出ください。

| |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
| |