

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

※ 理由欄にある1～8の理由の方のみ申請できます

※ 個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。

被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)			健康保険の 記号・番号	—	
	フリガナ			生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	
	氏名					
	郵便番号		電話番号			
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		
被 扶 養 者 ④	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

【ご注意】

- ① 理由欄にある1～8の理由での申請のみ申請ができます。
- ② 提出先は各社の人事担当です。
- ③ 有効期限内に資格を喪失する方は、資格確認書を各社の人事担当まで返納してください。

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄		

受付日付印
