常務理事	事務長		係

健康保険　資格確認書（再）交付申請書

申請日：令和　　年　　月　　日

被保険者情報			
健康保険 被保険者等記号	健康保険 被保険者等番号	マイナンバー（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）	
氏名	フリガナ		
生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		
住　所	〒　　－		
電話番号	―　　―		

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		
フリガナ 氏　名		生年月日 昭和・平成・令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください。
フリガナ 氏　名		生年月日 昭和・平成・令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください。
フリガナ 氏　名		生年月日 昭和・平成・令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください。
フリガナ 氏　名		生年月日 昭和・平成・令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください。

理由欄	
1 ：	健康保険証 もしくは 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	
上記の通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	受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	