

記入例

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)		
	6	1000	被保険者等記号番号もしくはマイナンバーどちらかご記入ください。		
	氏名	フリガナ	ケンボ タロウ 健保 太郎		
	生年月日	昭和53年4月1日			
	住所	〒 541 - 0000 大阪府大阪市中央区...			
	電話番号	06	1111	2222	

対象者欄	対象者	右項目より選択ください。 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	生年月日	申請理由	
	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	1 下記、理由欄より必ず選択ください。	
	フリガナ	生年月日	申請理由	
	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください。	
	フリガナ	生年月日	申請理由	
氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください。		
フリガナ	生年月日	申請理由		
氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	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 東京都〇〇〇〇 事業所名称 ×××株式会社 事業主氏名 代表取締役 住友 次郎 電話番号 03-××××-〇〇〇〇
------	---

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄
