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

被保険者情報

個人番号（マイナンバー）		個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。
記号・番号	記号（左つめ）　番号（左つめ）	生年月日　1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日
氏名	フリガナ	
郵便番号		電話番号
住民票住所	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

	フリガナ / 氏名	生年月日	申請理由
被保険者	同上	同上	下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①		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		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		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
9 ： 健康保険証を滅失・き損したため

※健康保険証及びマイナ保険証を利用の人には資格確認書を発行できません。
※健康保険証及び資格確認書の滅失・き損による発行の場合の手数料は、1枚につき1,000円を被保険者負担とし事業主経由で給与控除いたします。
（任継者は指定口座にお振込みください）
紛失した有効な保険証、資格確認書を発見した時は、直ちに返納してください。

給与控除月	カード交付発送年月日

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

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	