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)

被保険者情報		
	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	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。
	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 ： 資格確認書を滅失・き損したため
2 ： マイナンバーカードを紛失したため
3 ： マイナンバーカードの更新手続き中のため
4 ： 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
5 ： 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
6 ： マイナンバーカードを作っていないため
7 ： マイナンバーカードを返納したため
8 ： 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
9 ： その他(　　)

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	