

健康保険 資格確認書(再)交付申請書

申請日 年 月 日

被保険者情報(従業員)	保険証 記号・番号											生年月日	1.昭和 2.平成				年			月			日
	氏名	フリガナ																					
	事業所名(勤務先) 所属・社員番号	事業所名										所属										社員番号	
	電話番号	内線TEL										または										携帯・自宅等TEL	
	住民票住所	〒 都 道 府 県																					

対象者欄	対象者 (○をつける)	1. 被保険者(本人)のみ 2. 被扶養者(家族)のみ 3. 被保険者および被扶養者分																			
	被保険者	フリガナ										生年月日									
		同上										同上									
	被扶養者①	フリガナ										生年月日									
												1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日									
被扶養者②	フリガナ										生年月日										
											1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日										
被扶養者③	フリガナ										生年月日										
											1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日										

理由欄(○をつける)	1:マイナンバーカードの申請中(電子証明書の期限切れを含む) ※1	※1 回答が1、2の方は、有効期限が6か月の資格確認書を発行します。
	2:マイナンバーカードを紛失したため ※1、※2	
	3:資格確認書(有効な健康保険証を含む)を紛失したため ※2	※2 回答が2、3、4の方は、別紙の「資格確認書紛失／毀損届」または「健康保険被保険者証滅失届」も併せて提出が必要です。発行手数料¥1,000(税抜)／件 がかかります。
	4: // を毀損したため ※2	
	5:マイナンバーカードは持っているが、健康保険証の利用登録を行っていないため	
6: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		
	状況について簡潔にご記入ください	
7:その他		
	詳細をご記入ください	

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。		受付日付印
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		