

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	記号・番号	—	個人番号 (マイナンバー)					
	会社名			所属名称				
	フリガナ			生年月日	昭和			
	氏名				平成	年	月	日
	勤務先 電話番号	()	—	自宅電話番号	()	—		
	住所	(郵便番号 —) 都道 市区 府県 町村						

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				
	被 保 険 者	フリガナ			生年月日	申請理由	
		氏名	同上		同上	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より必ず選択してください。	
	被 扶 養 者 ①	フリガナ			生年月日	申請理由	
		氏名			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より必ず選択してください。	
	被 扶 養 者 ②	フリガナ			生年月日	申請理由	
		氏名			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より必ず選択してください。	
	被 扶 養 者 ③	フリガナ			生年月日	申請理由	
		氏名			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より必ず選択してください。	

理 由 欄	A. マイナンバーカードを紛失したため、更新手続き中のため B. マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要があるため C. マイナンバーカードを取得していないため D. マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証利用登録を行っていないため E. マイナ保険証の利用登録解除の申請をしたため（健康保険証利用登録の解除申請書により申請する） F. 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 G. マイナンバーカードを返納したため X. 資格確認書を滅失・き損したため						
-------------	---	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがいないか申請者本人が確認している。
---------------------------------	--------------------------	--

(提出先) 加入者 → 事業主 → 健康保険組合

決定							
健 保 組 合	伺			入力	交付		
	常務理事	事務長	担当				
				事業主	各長	担当	受付印

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提出します。