

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

|      |     |    |   |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 係 |
|      |     |    |   |

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

※再交付理由が「8: 滅失・き損」の場合

滅失のとき⇒滅失届、き損のとき⇒資格確認書 の添付が必要です

|                            |                  |                                                                                                                                                 |                           |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |
|----------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 個人番号<br>(マイナンバー) | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> | 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                                                                                                                                              | 番号                        | 生年月日                                                                                                                                     |                                                                                                                                                 |
|                            |                  |                                                                                                                                                 |                           | <div><div><div>1 昭和</div><div>2 平成</div><div>3 令和</div></div><div></div><div>年</div><div></div><div>月</div><div></div><div>日</div></div> |                                                                                                                                                 |
|                            | 氏名               | フリガナ                                                                                                                                            |                           |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |
|                            | 郵便番号             | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                             |                           | 電話番号                                                                                                                                     | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |
| 住所                         | 都 道<br>府 県       |                                                                                                                                                 |                           |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |

|                       |                       |                                                                                                                                          |                                                                                                                                          |                                                   |  |
|-----------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|
| 対<br>象<br>者<br>欄      | 対象者                   | <div><div></div><div>1 被保険者(本人)分のみ</div><div>2 被扶養者(家族)分のみ</div><div>3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分</div></div>                                  |                                                                                                                                          |                                                   |  |
|                       | 被<br>保<br>険<br>者      | フリガナ<br>氏名                                                                                                                               | 生年月日                                                                                                                                     | 申請理由                                              |  |
|                       |                       | 同上                                                                                                                                       | 同上                                                                                                                                       | <div><div></div><div>下記、理由欄より必ず選択ください</div></div> |  |
|                       | 被<br>扶<br>養<br>者<br>① | フリガナ<br>氏名                                                                                                                               | 生年月日                                                                                                                                     | 申請理由                                              |  |
|                       |                       |                                                                                                                                          | <div><div><div>1 昭和</div><div>2 平成</div><div>3 令和</div></div><div></div><div>年</div><div></div><div>月</div><div></div><div>日</div></div> | <div><div></div><div>下記、理由欄より必ず選択ください</div></div> |  |
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>② | フリガナ<br>氏名            | 生年月日                                                                                                                                     | 申請理由                                                                                                                                     |                                                   |  |
|                       |                       | <div><div><div>1 昭和</div><div>2 平成</div><div>3 令和</div></div><div></div><div>年</div><div></div><div>月</div><div></div><div>日</div></div> | <div><div></div><div>下記、理由欄より必ず選択ください</div></div>                                                                                        |                                                   |  |
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>③ | フリガナ<br>氏名            | 生年月日                                                                                                                                     | 申請理由                                                                                                                                     |                                                   |  |
|                       |                       | <div><div><div>1 昭和</div><div>2 平成</div><div>3 令和</div></div><div></div><div>年</div><div></div><div>月</div><div></div><div>日</div></div> | <div><div></div><div>下記、理由欄より必ず選択ください</div></div>                                                                                        |                                                   |  |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理<br>由<br>欄 | <div>1 : マイナンバーカードを紛失したため</div> <div>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</div> <div>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</div> <div>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</div> <div>5 : マイナンバーカードを作っていないため</div> <div>6 : マイナンバーカードを返納したため</div> <div>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</div> <div>8 : 資格確認書を滅失・き損したため (滅失のとき⇒滅失届、き損のとき⇒資格確認書 の添付が必要です)</div> |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| 事<br>業<br>主<br>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<br>電話番号                   |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記入欄 |  |
|-----------------------|--|

|       |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|