

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

健保組合使用欄			
常務理事	事務長		

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

令和 年 月 日提出

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	記号・番号を記入しない場合、個人番号を記載ください。
	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/>	番号(左つめ) <input type="text"/>	生年月日 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	氏名	フリガナ -----			
	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県			

交付を希望する対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/>	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 氏名	同上	生年月日	同上	申請理由	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
		フリガナ 氏名		生年月日	1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者①	記号(左つめ)	<input type="text"/>	番号(左つめ)	<input type="text"/>	記号番号を記入しなかった場合、個人番号(マイナンバー)を記入してください	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		フリガナ 氏名		生年月日	1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者②	記号(左つめ)	<input type="text"/>	番号(左つめ)	<input type="text"/>	記号番号を記入しなかった場合、個人番号(マイナンバー)を記入してください	<input type="text"/>	<input type="text"/>
フリガナ 氏名			生年月日	1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 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
	4 : 資格確認書を滅失・き損したため(き損の場合は、資格確認書を返却してください)
	5 : その他(具体的な理由:)

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
