

# 健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

|        |       |      |  |      |
|--------|-------|------|--|------|
| 被保険者情報 | 記号・番号 | 記号   | 番号   | 生年月日 |
|        | 氏名    | フリガナ |  |      |
|        | 郵便番号  | 電話番号 | 生年月日<br><input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日<br><input type="checkbox"/> 2 平成<br><input type="checkbox"/> 3 令和 |      |
|        | 住所    |      |  |      |

|          |                      |   |         |        |
|----------|----------------------|---|---------|--------|
| 対象者欄     | 対象者                  | <input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ<br><input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ<br><input type="checkbox"/> 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   |
|          | 被扶養者①                | フリガナ  | 生年月日    | 申請理由   |
|          | 滅失した場合は必ず警察に届出してください |   |         |        |
| 盗難・紛失年月日 |                      | 被害届受付番号   | 被害届受付番号 | 被害届年月日 |
| 年 月 日    |                      |   | 警察署     | 年 月 日  |

|     |   |
|-----|---|
| 理由欄 | 1 : マイナンバーカードを紛失したため<br>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため<br>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<br>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、又は解除したため<br>5 : マイナンバーカードを作っていないため<br>6 : マイナンバーカードを返納したため<br>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<br>8 : 資格確認書を滅失・き損したため<br>9 : マイナ保険証の登録予定がない為 |
|-----|---|

|       |                                 |   |  |  |       |    |    |    |   |  |  |  |  |
|-------|---------------------------------|---|--|--|-------|----|----|----|---|--|--|--|--|
| 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                          | ※ 健保使用欄<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">承認</td> <td style="width: 25%;">審査</td> <td style="width: 25%;">審査</td> <td style="width: 25%;">係</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  |  |       | 承認 | 審査 | 審査 | 係 |  |  |  |  |
|       | 承認                              |   |  |  |       | 審査 | 審査 | 係  |   |  |  |  |  |
|       |                                 |   |  |  |       |    |    |    |   |  |  |  |  |
| 事業所名称 |                                 |   |  |  |       |    |    |    |   |  |  |  |  |
| 事業主氏名 |                                 |   |  |  |       |    |    |    |   |  |  |  |  |
| 電話番号  | -                               | -   |  |  |       |    |    |    |   |  |  |  |  |