

記入例

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 99	番号 999999	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 55 年 12 月 19 日
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		
	郵便番号	471 - 0876	電話番号	0565 - 32 - 8681
	住所	愛知県豊田市金谷町7丁目20番地		

対象者欄	対象者	2 1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)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	生年月日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ ケンポ ハナコ 氏名 健保 花子	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 54 年 12 月 29 日	申請理由 1 下記、理由欄より必ず選択ください
	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
	6 年 12 月 1 日	1234	豊田 警察署	6 年 12 月 2 日

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 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 5 : マイナンバーカードを作っていないため 6 : マイナンバーカードを返納したため 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 8 : 資格確認書を滅失・き損したため 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	愛知県豊田市金谷町7丁目20番地		
	事業所名称	小島健康保険組合		
	事業主氏名	小島 栄二		
電話番号	0565 - 32 - 8681			
	※ 健保使用欄			
	承認	審査	審査	係