

記入例

常務理事	事務長	係

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 6 3	番号(左つめ) 1 2 3 1 2 3 1	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	5 1	年	1 2	月	1 8	日	
	氏名	フリガナ ヤマト タロウ 山田 太郎									
	郵便番号	3 6 0	-	8 5 5 5	電話番号	0 4 8	-	2 1 2 1	-	1 2 1 2	
	住所	埼玉県熊谷市高柳800 - 10									

←記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書のいずれかでご確認ください。
←番号は左詰めでご記入ください。

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 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
	被扶養者①	フリガナ 氏名 ヤマタ イチロウ 山田 一郎	生年月日 2 1 昭和 2 平成 3 令和 2 0 年 0 1 月 3 0 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	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	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③	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず 選択ください	

←対象者を選択してください。

←対象がご本人の場合は、こちらに申請理由をご記入ください。

←対象が被扶養者の場合は、こちらに被扶養者の氏名・生年月日・申請理由をご記入ください。

理由欄	<p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</p>
-----	--

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	
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	

受付日付印