

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	個人番号 (マイナンバー)	123456789012												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	12509999												生年月日 1600802 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日												
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎																								
	郵便番号	3500001												電話番号	0492123456											
	住所	埼玉県 川越市〇〇1-1-1 都 道 府 県																								

対象者欄	対象者	1 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	3 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													生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 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②	フリガナ 氏名													生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 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③	フリガナ 氏名													生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日												申請理由	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

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	埼玉県〇〇市〇〇1-2-3																							
	事業所名称	〇〇信用金庫																							
	事業主氏名	理事長 〇〇 〇〇																							
	電話番号	01-2345-6789																							
社会保険労務士の提出代行者名記入欄																									
受付日付印																									