

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 記号・番号	記号(左づめ)  [ ] - [ ]	番号(左づめ)  [ ] - [ ]	生年月日  [ ] 1 昭和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 [ ] 2 平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 [ ] 3 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日
被保険者 氏名	フリガナ		
被保険者 現住所	[ ] - [ ]		
	都道 府県		

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 氏名	フリガナ [ ] 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 氏名	フリガナ [ ]	生年月日  [ ] 1 昭和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 [ ] 2 平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 [ ] 3 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 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 氏名	フリガナ [ ]	生年月日  [ ] 1 昭和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 [ ] 2 平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 [ ] 3 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 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 ③ 氏名	フリガナ [ ]	生年月日  [ ] 1 昭和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 [ ] 2 平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 [ ] 3 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 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
-----	---

令和 年 月 日 提出

【提出先】支店業務担当者 → 人事総務部

事業主所在地	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
事業所名称		
事業主氏名		