

常務理事	事務長	担当者

XX年XX月XX日

## 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	11	234567	2	1 昭和 2 平成 3 令和	XX	年	XX	月	XX	日
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎									
	郵便番号	111-1111	電話番号	999-999-9999							
	住所	〇〇 都 道 府 県 〇〇市△△町1-2-3									

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	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	ケンボ カズヨ 健保 和代	生年月日	2	1 昭和 2 平成 3 令和	XX	年	XX	月	XX	日	1	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		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		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 9 : その他の理由 ( )
-----	--

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。	※事業主(会社)が記入(証明)して下さい。
	所在地	〇〇県〇〇市△△町1
	名称	株式会社〇〇〇〇
	事業主名	〇〇 〇〇〇
	(申請者は記入不要です。)	

受付日付印
-------