

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	フリガナ		社員番号	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 - TEL - -						

交 付 対 象 者	フリガナ		生 年 月 日	申請理由	申請理由は下記欄より必ず選択ください 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もっているが、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
	氏	名			
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

事 業 所 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 所 在 地 事 業 所 名 事業主代理人氏名
	この届出については被保険者が作成したものである。

受 付 印

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者