

常務理事	担当者	担当者

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)				個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。 ※取得時は記入不要です			
	記号・番号	記号 10		番号 12345		生年月日 1 1 昭和 2 平成 3 令和 5 6 年 0 7 月 2 2 日		
	氏名	フリガナ ニチイタ ショウタ 日板 硝太						
	郵便番号	144-0051		電話番号	03-1234-5678			
	住所	東京都大田区〇〇1-2-3 〇〇マンション105号						

対 象 者 欄	対象者	3 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 8 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 ニチイタ レイコ 日板 玲子	生年月日 1 1 昭和 2 平成 3 令和 5 6 年 0 2 月 1 1 日	申請理由 8 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。		受付日付印
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		