常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

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。
記号・番号	記号（左づめ）　番号（左づめ）	生年月日　昭和 平成　年　月　日
氏名	フリガナ	
郵便番号	－	電話番号　－　－
住所	都道府県	

対象者欄

対象者 該当するものに○をつけてください。	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 下記、理由欄より選択し、必ず番号をご記入ください
被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より選択し、必ず番号をご記入ください
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より選択し、必ず番号をご記入ください
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より選択し、必ず番号をご記入ください

理由欄

9の場合はカッコ内に理由を記入してください。

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
（別途、右記届出書等の添付が必要です。滅失の場合：資格確認書滅失届、き損の場合：き損した資格確認書（現物））
9 ： その他（　　）

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

事業所名称

事業主氏名

電話番号

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

受付日付印