

# 健康保険 資格確認書（再）交付申請書

|      |     |    |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|      |     |    |

|        |                  |                      |                      |                      |                           |
|--------|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| 被保険者情報 | 個人番号<br>(マイナンバー) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 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          | —                    |                      |                      |                           |
|        | 氏名               |                      |                      | 生年月日                 | 昭和<br>平成 年 月 日            |
|        | 住所               | 都道<br>府県             |                      |                      |                           |

|      |                         |  |    |                |                           |
|------|-------------------------|--|----|----------------|---------------------------|
| 対象者欄 | 対象者<br>(該当する番号に○をして下さい) | 1 被保険者(本人)分のみ<br>2 被扶養者(家族)分のみ<br>3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 |    |                |                           |
|      |                         | 氏名   | 続柄 | 生年月日           | 申請理由(理由欄より選択し、番号を記入して下さい) |
|      | 被保険者                    | 同上   | 本人 | 同上             |                           |
|      | 被扶養者                    |  |    | 昭和<br>平成 年 月 日 |                           |
|      | 被扶養者                    |  |    | 昭和<br>平成 年 月 日 |                           |

|     |   |
|-----|---|
| 理由欄 | 1 : マイナンバーカードを紛失したため<br>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため<br>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<br>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<br>5 : マイナンバーカードを作っていないため<br>6 : マイナンバーカードを返納したため<br>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<br>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。 |
|      | 所在地                             |
|      | 名称<br>氏名                        |
|      | 電話番号                            |