

記入見本

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

個人番号は絶対に記入しないで下さい。

被保険者等の記号・番号が不明な場合はお問い合わせ下さい。

| | | | | | | | | | | |
|--------------|----------------|------|---|----------------|------------------|---|---|---|---|--|
| 個人番号(マイナンバー) | | | | | | | | | | |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| | | | | | | × | × | | | |
| | | | | | | | | 1 | 2 | |
| | | | | | | | | 3 | 4 | |
| | | | | | | | | 5 | | |
| 被保険者情報 | 氏名 | | | | 生年月日 | | | | 性別 | |
| | 阿込 太郎 | | | | ○年○月○日 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| | 住所 | | | | 電話番号 | | | | | |
| | (〒 ××× - ××××) | | | | ○○○ - ○○○ - ○○○○ | | | | | |
| | | 都道府県 | | ○○市○○1-2-3-123 | | | | | | |

必ず本人が自署してください。

対象者が被扶養者の場合は記載してください。

| | | | | | |
|------|--|-------|---|-------------|--------------------|
| 対象者 | <input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 | | | | |
| 対象者欄 | 被保険者 | 氏名 | 生年月日 | 事由発生日 | 申請理由 |
| | 被扶養者 | 阿込 華子 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ○年○月○日 | 令和○○年○○月○○日 | 5 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 |
|-----|--|

| | |
|-------------------|--|
| 社会保険労務士の提出代行者名記入欄 | |
|-------------------|--|

| | |
|------|---|
| 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。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 |
|------|---|

| | |
|-----------|--|
| 健康保険組合受付日 | |
|-----------|--|

| | | | |
|-----------|-----|--|-----|
| 健康保険組合使用欄 | | | |
| 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| | | | |