

# 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)			記号(左づめ)	番号(左づめ)	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	氏名			生年月日		性別
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所			電話番号			
( 千 — ) 都 道 府 県			— —			

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分 <input 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			
	被保険者	氏名	生年月日	事由発生日	申請理由
		同上	同上	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者	氏名	生年月日	事由発生日	申請理由
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

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	<input type="text"/>
-----------	----------------------

健康保険組合使用欄			
常務理事	事務長		担当者
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>