

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

資格確認書の(再)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)	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	◎裏面に注意事項の記載がございますので、ご覧ください。 ◎自署の場合は被保険者情報の氏名欄の押印は省略可能です。		
	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	番号(左つめ) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	生年月日 1 昭和 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 月 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 日 2 平成 3 令和	
	氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子 健保			
	郵便番号	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	電話番号	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	
	住所	東京 都 道 府 県 港区新橋〇〇-〇〇-〇〇			

対象者欄	対象者	<input type="text" value="1"/>	1. 被保険者(本人)分 2. 被扶養者(家族)分 (左の口の中に該当する対象者の番号をご記入ください。)	
	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="text" value="1"/> 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	生年月日 <input type="text" value="1"/> 1 昭和 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 月 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 日 2 平成 3 令和	申請理由 <input type="text"/> 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 <input type="text" value="1"/> 1 昭和 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 月 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 日 2 平成 3 令和	申請理由 <input type="text"/> 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 <input type="text" value="1"/> 1 昭和 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 月 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 日 2 平成 3 令和	申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	<ul style="list-style-type: none"> 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 9 : その他() 	『その他』の理由で交付希望の場合は、9番を理由で選んでいただいた上、その詳細をカッコの中に記入してください。
-----	--	--

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 〒123-4567 東京都千代田区丸の内〇〇-〇〇-〇〇
	事業所名称 株式会社 健保商事
	事業主氏名 健保 太郎
	電話番号 03-1234-5678

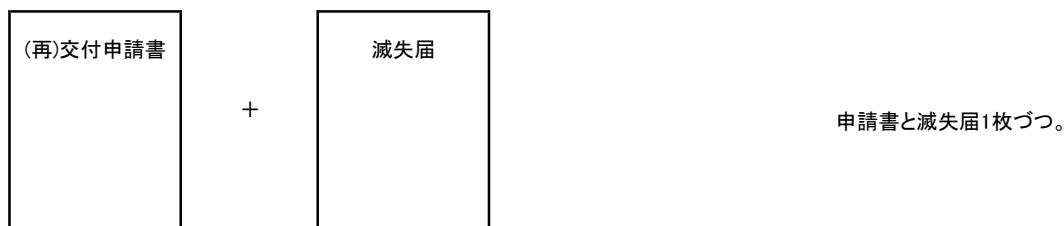
受付日付印

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

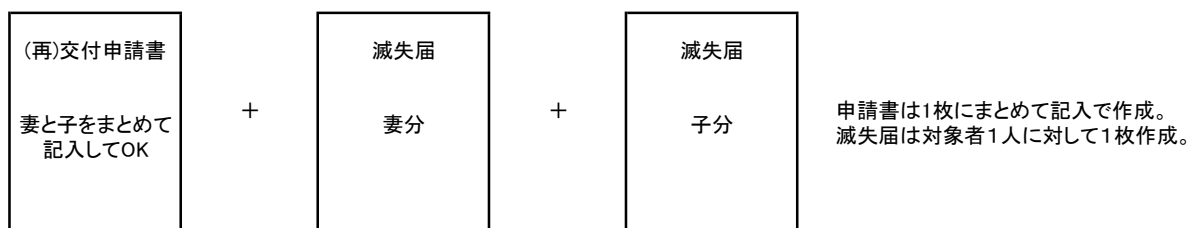
【注意事項】

- ア. 申請をする場合、被保険者(本人)は被保険者分(本人分)のみで、被扶養者(家族)は被扶養者分(家族分)のみでの申請をお願いします。
- イ. 被扶養者分(家族分)を申請する場合は、3人分まではまとめて申請できます。
- ウ. 申請理由が『8.資格確認書(健康保険証)を滅失・き損したため』の場合は、滅失の場合は必ず健康保険資格確認書(健康保険証)滅失届の添付をお願いします。また、滅失届は対象者分が必要になりますので下記の参考例をご確認いただき申請書等の作成をお願いします。また、き損の場合は資格確認書(健康保険証)の現物の添付を必ずお願いいたします。

例) 本人分の申請の場合



例) 家族分の妻・子の2名の(再)交付申請の場合



- エ. 1～8までの理由以外での申請の場合はその他を選択し()の中にその理由をご記入ください。