

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

記号	番号	個人番号(マイナンバー)										個人番号または記号・番号のいずれかを必ず記載ください。		
氏名													生年月日	
フリガナ													昭和 平成 令和	
													年 月 日	
住所	〒 ()													

対象者 いずれかに☑ →	☐ 被保険者（本人）分のみ														
	☐ 被扶養者（家族）分のみ														
	☐ 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分														
	続柄	氏名					生年月日					申請理由			
							昭和・平成・令和 年 月 日					☐ 下記、理由欄より必ず選択ください			
						昭和・平成・令和 年 月 日					☐ 下記、理由欄より必ず選択ください				
						昭和・平成・令和 年 月 日					☐ 下記、理由欄より必ず選択ください				
						昭和・平成・令和 年 月 日					☐ 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														
	8： 資格確認書を滅失・き損したため														

事業所所在地															受付年月日
事業所名称															
事業主氏名															
連絡先															
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄															