

健康保險 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

対象者欄	対象者	2	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分
	被保険者 フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	同上	同上	<input type="checkbox"/> 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 ケンポ イチロウ	生年月日	申請理由
健保 一郎	3 1 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	8 <input type="checkbox"/> 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	申請理由	
	<input type="checkbox"/> 1 昭和 ○○ 年	<input type="checkbox"/>	
被扶養者③ フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
	<input type="checkbox"/> 1 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	必須選択欄 下の理由欄から該当の理由を選び記入してください 該当しない場合には、受付ができません	

- 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

事業主欄	<p>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。</p> <p>事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号</p>	受付日付印
		<p>※有効なマイナ保険証を所持している方には 原則、資格確認書の交付はしません</p>
<p>社会保険労務士の 提出代行者名記入欄</p>		

※有効なマイナ保険証を所持している方には
原則、資格確認書の交付はしません