

※本店所属は人事労務部宛、各支店・東京本部・大阪本部所属は各支店総務宛に送付してください。

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日 届出

下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。

事業主欄
 事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名
 電話番号

受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

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	① 氏名	フリガナ	② 記号・番号	—
	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	(4) 取得年月日
	⑤ 住民票住所	〒		
	⑥ 居所	同上	〒	
	⑦ 電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他	⑧ 本人記載	被保険者本人が本届出書を作成した場合は本人記載に○で囲んでください。押印署名を省略できます。

対象者欄	⑨ 対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 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
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

申請により資格確認書を交付できるのは、以下の理由等がある方です。必ず記入してください。

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 : 新生児でマイナンバーカードを申請中のため
	5 : 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
	6 : マイナンバーカードを作っていないため
	7 : マイナンバーカードを返納したため
	8 : 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
	9 : 資格確認書を滅失・き損したため
	10: その他() ←電子証明書の有効期限延長の意向がない場合など