

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)				個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。		
	記号・番号	記号(左づめ) 番号(左づめ)			生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月		

対 象 者 欄	被 保 険 者	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月
------------------	------------------	------------	---

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(電子証明書)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 ※ 理由1、2については、3か月の短期資格確認書となります。
-------------	---

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。	受付日付印
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄		