

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

| | | | |
|--|-----|--|---|
| | 事務長 | | 係 |
| | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|---|----|--|-------|-------------------|----|-----|---------|
| 被 保 険 者 | 記号 | | 番号 | | 資格取得日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 性別 | 男・女 | 健保受付日付印 |
| | 氏名 | フリガナ | | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | |
| | 被保険者勤務地 | | | | | | | | |
| 再交付する保険者証 | | 1. 被保険者 2. 被扶養者 (被扶養者名: _____) | | | | | | | |
| 申請の理由 右記より必ず選択して下さい。 <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> | | 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 | | | | | | | |
| 上記の通り申請します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 令和 年 月 日 被保険者(自署の場合押印不要) 住所 〒 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 氏名 印 電話 () - </div> | | | | | | | | | |
| 事業主の証明 | 上記の通り届出があり、調査の結果相違ないことを証明する。 | 事業所の名称・所在地 事業主の氏名 | | | | | | | |