

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	係員

健康保険 資格確認書(再)交付申請書

(注意事項)

4. 3. 2. 1.

被保険者等記号・番号は①マイナンバーポータル、②資格情報のお知らせのいずれかで確認し記入してください。
 ③④の年号、④⑤はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。⑩申請理由は、申請理由欄より該当の数字を記入してください。
 ⑥申請理由は、申請理由欄より該当の数字を記入してください。
 ※印の欄は記入しないでください。

①被保険者等記号・番号 —	②被保険者氏名 (フリガナ)	③生年月日 5: 昭 7: 平 9: 令	④性別 1. 男 2. 女
⑤資格取得年月日 5: 昭 7: 平 9: 令		⑥被保険者住所 〒 —	

(再)交付申請の対象となる者	被保険者欄	⑦氏名(上段:フリガナ 下段:漢字)	⑧生年月日	⑨性別	⑩続柄	⑪申請理由
	0 0	上 記 に 同 じ			本人	<input type="checkbox"/> <small>下記、申請理由欄より必ず選択ください</small>
	※	⑦氏名(上段:フリガナ 下段:漢字)	⑧生年月日	⑨性別	⑩続柄	⑪申請理由
			5: 昭 7: 平 9: 令	1. 男 2. 女		<input type="checkbox"/> <small>下記、申請理由欄より必ず選択ください</small>
			5: 昭 7: 平 9: 令	1. 男 2. 女		<input type="checkbox"/> <small>下記、申請理由欄より必ず選択ください</small>
			5: 昭 7: 平 9: 令	1. 男 2. 女		<input type="checkbox"/> <small>下記、申請理由欄より必ず選択ください</small>
			5: 昭 7: 平 9: 令	1. 男 2. 女		<input type="checkbox"/> <small>下記、申請理由欄より必ず選択ください</small>

申請理由欄	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、(健康保険証利用登録の解除)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(健康保険証)を滅失・き損したため
-------	---

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提出いたします。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	〒 — ()

令和 年 月 日提出

組合受付印

社会保険労務士の提出代行者