

# 健康保険 資格確認書(再)交付申請書


※記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。

被 保 険 者 欄	記号	番号	氏 名		生年月日		事業主欄  以下のとおり申請がありましたので提出します。  令和 年 月 日  事業所の所在地 名称 事業主名	受付年月日
			(カナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日		
	住 所				備 考			
	〒 - TEL ( )							

(再) 交付申請の対象者	氏 名		生年月日		性別	続柄	申請理由	理由
	(カナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		<input type="checkbox"/> 右の理由欄より該当の番号を記入してください	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
	(カナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		<input type="checkbox"/> 右の理由欄より該当の番号を記入してください	
	(カナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		<input type="checkbox"/> 右の理由欄より該当の番号を記入してください	
	(カナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		<input type="checkbox"/> 右の理由欄より該当の番号を記入してください	
	(カナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		<input type="checkbox"/> 右の理由欄より該当の番号を記入してください	
(カナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		<input type="checkbox"/> 右の理由欄より該当の番号を記入してください		