

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。	受付年月日
			(カナ) (氏)	昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日	
	住 所			備 考		事業所の 所 在 地 名 称 事業主名	
	〒 — 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)	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
	(カナ)	(氏)	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	2 マイナンバーカードの更新手続き中のため
	(カナ)	(氏)	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	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
	(カナ)	(氏)	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	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
	(カナ)	(氏)	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	5 マイナンバーカードを作っていないため
(カナ)	(氏)	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	6 マイナンバーカードを返納したため	
(カナ)	(氏)	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	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	
(カナ)	(氏)	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	8 資格確認書を滅失・き損したため	