

常務理事	事務局長	次 長	課 長	担当課長	係 長	係

健保使用欄

要配慮者 有 ☐ 無 ☐

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

確

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	記号・番号	—	取得年月日	1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和
	氏 名		生 年 月 日	1 昭和 年 月 日 2 平成
	住 所	〒 —		

対象者欄	氏 名	続柄	生年月日(本人は省略可)	申請理由
			1昭和 2平成 年 月 日 3令和	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
			1昭和 2平成 年 月 日 3令和	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
			1昭和 2平成 年 月 日 3令和	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
			1昭和 2平成 年 月 日 3令和	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください

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→※再交付希望の方は健康保険紛失届も併せて提出してください。
※1～3の交付理由で申請された方は、マイナンバーカードが再交付(電子証明書が再登録)されましたら資格確認書をご返却ください。	

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。	受付印
	事業所所在地 〒 —	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号 ()	