

(秘密)

(提出先)

当健保HP「家族が増えた・減ったとき」の「提出先1」をご確認ください。

常務理事

事務長

担当者

### 健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

記入日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/>	番号(左つめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ ----- * 自署の場合は押印不要 印			
	郵便番号	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/>
	住所	都 道 府 県			

対 象 者 欄	(再) 交付申請対象者のみ記載してください			
	被 保 険 者	フリガナ 氏名 -----	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名 -----	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名 -----	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名 -----	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	

理 由 欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 : マイナンバーカードを紛失したため</li> <li>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>5 : マイナンバーカードを作っていないため</li> <li>6 : マイナンバーカードを返納したため</li> <li>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</li> <li>8 : 資格確認書を滅失・き損したため (き損の時は、資格確認書を添付して返却してください)</li> </ul>
-------------	--

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。
	令和 年 月 日
	事業所の所在地
	名称 氏名 印

受付日印
------

R6. 11