

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

常務理事	事務長	担当者

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

申請日 令和 年 月 日

被保険者情報	記号・番号	記号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和	<input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
	氏名	フリガナ <input type="text"/> 氏名 <input type="text"/>					
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>			
	住所	<input type="text"/> 都 道 <input type="text"/> <input type="text"/> 府 県 <input type="text"/>					

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分						
	被保険者	フリガナ 氏名	同上		生年月日	同上	申請理由	<input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>		生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>		生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>		生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 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 ※滅失時、警察への届出必須・下記に詳細記載
-----	---

滅失時記載	警察への届出年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	警察署名	<input type="text"/> 警察署	受付番号	No. <input type="text"/>
	返納誓約への同意	<input type="checkbox"/>	資格確認書を滅失しましたが、滅失した資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。尚、今後これに起因する総ての事故は、事業主と連帯で責任を負うことを誓約いたします。			

事業主証明欄	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。		受付日付印	
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名	担当者 <input type="text"/>		
	電話番号			