

常務理事	事務長	部 長	課 長		担当者

健康保険
資格確認書 (再)交付申請書

該当する□にチェック☑してください

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者等		② 被保険者氏名	③ 生年月日	
	記 号	番 号			
				☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
	④ 住 所			⑤ 申請種別	
	〒 ー			☐ 新規 ☐ 再交付(紛失・棄損)	
	連絡先 ()				
	⑥ 再交付申請対象者				
	☐ 被保険者 (本人分)				
	☐ 被扶養者 (家族分) 再交付が必要な被扶養者について下記事項に記入してください				
	被扶養者氏名		被扶養者生年月日		続柄
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年 月 日	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年 月 日	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年 月 日	
⑦ 理由欄					
☐ マイナンバーカードを紛失したため ☐ マイナンバーカードの更新手続き中のため ☐ 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 ☐ 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 ☐ マイナンバーカードを作っていないため ☐ マイナンバーカードを返納した又は利用登録解除申請をしたため ☐ 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 ☐ 資格確認書を紛失・棄損したため			紛失の場合はその理由 ()		
⑧ 紛失の場合警察への届出の有無		☐ 有 ☐ 無		⑨ 備考	
⑩ 被保険者のマイナンバー記載欄（①欄の記号番号を記入した場合は不要です）					

確 認 欄	☐	被保険者本人が記入したものである。
	☐	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人に確認している。

* 記入しないでください	
資格確認書を受領いたしました。	
氏 名	

令和 年 月 日 提出

上記のとおり被保険者から健康保険資格確認書の(再)交付申請がありましたので届出いたします。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付年月日