

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

被保険者等		申請年月日	令和 年 月 日
記号	番号		
		被保険者氏名	

【対象者欄】

氏名	続柄	生年月日	申請理由
	1.本人 2.被扶養者(続柄:)	昭和・平成・令和 年 月 日	※下記理由欄より 番号を選択
	1.本人 2.被扶養者(続柄:)	昭和・平成・令和 年 月 日	※下記理由欄より 番号を選択
	1.本人 2.被扶養者(続柄:)	昭和・平成・令和 年 月 日	※下記理由欄より 番号を選択
	1.本人 2.被扶養者(続柄:)	昭和・平成・令和 年 月 日	※下記理由欄より 番号を選択

【申請理由番号】

申請理由番号	申請理由
1	マイナンバーカード紛失をしたため
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第三者（介助者など）のサポートが必要なため
8	健康保険証または資格確認書を滅失・き損したため

資格確認書 (再) 交付手数料	申請理由8は(再)交付手数料として1枚につき1,000円納付してください。 いかなる場合も(再)交付手数料は返金できませんのでご了承ください。
--------------------	---

令和 年 月 日提出

事業所記入欄	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。	
	所在地	
	事業所名称	
	事業主名	

受付年月日