

健康保険 資格確認書(再)交付申請書

健保 決裁 欄	常務理事	事務長	課長	担当

提出日:令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号	番号	個人番号 (マイナンバー)													
	氏名	(フリガナ)		生年月日	5.昭和		年		月		日					
					7.平成											
住所	〒 -			電話番号												

対 象 者 欄	対象者	<input type="checkbox"/>	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分													
	被保険者	同上		生年月日	同上						申請理由					
	被扶養者①	(フリガナ)		生年月日	5.昭和		年		月		日	申請理由				
					7.平成							<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)		生年月日	5.昭和		年		月		日	申請理由				
		7.平成								<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)		生年月日	5.昭和		年		月		日	申請理由					
				7.平成							<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 (理由(滅失した場所やき損させた理由をできるだけ詳しく記入してください))
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※再交付を希望する人は、下記を必ず読んで署名をしてください。

【資格確認書の再交付に関する誓約事項】

①再交付には、1枚につき500円を支払います

②再交付料の支払いについては、事業主に委託します

③再交付料は、いかなる理由があっても返金を求めません

※上記、①～③について同意の上、署名します。

被保険者氏名 _____

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	