

健康保険資格確認書(再)交付申請書

常務理事	事務長	課長	担当者
記号			番号
被保険者の氏名			生年月日
			昭和・平成 年 月 日
被保険者の住所			資格取得年月日
〒 TEL			昭和・平成・令和 年 月 日

(再)交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏名	生年月日		続柄	申請理由	理由欄
			上記に同じ		本人	<input type="checkbox"/> 右記理由欄より 必ず選択ください	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)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
	被扶養者欄	氏名	生年月日		続柄	申請理由	
			昭・平 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 右記理由欄より 必ず選択ください	
			昭・平 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 右記理由欄より 必ず選択ください	
			昭・平 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 右記理由欄より 必ず選択ください	
			昭・平 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 右記理由欄より 必ず選択ください	

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

令和 年 月 日 提出