

健康保険

資格確認書（再）交付申請書

被保険者情報	被保険者等の	記号 □□□	番号 □□□□□	生年月日 昭和 平成 令和	年 月 日 □□□□□
	氏名				
	住所	(〒 —)			

再交付対象者	再交付対象者の氏名	生年月日	申請理由(番号)
		昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記から必ず選択
		昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記から必ず選択
		昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記から必ず選択
		昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記から必ず選択
申請理由	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 : 保険証または資格確認書を滅失・き損したため		左記理由以外では発行できません。また、有効な保険証をお持ちの場合は発行されません。
	備考		

事業主欄	事業所所在地	(〒 —)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	()

受付印

社会保険労務士記載欄
