

健康保險 資格確認書（再）交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被 保 險 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。
	記号・番号	記号(左づめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 番号(左づめ) <input type="text"/>	生年月日 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 健保 太郎	
	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/> <input type="text"/>
	住所	神奈川 <small>都道府県</small> ○○市○○区○○○ ○丁目○番地	

対象者欄	対象者 2	被扶養者(本人)分のみ		
		被保険者	生年月日	申請理由
被保険者 ①	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	<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 氏名 けんぼ はなこ 健保 花子	生年月日 2 昭和 07 年 11 月 10 日	<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 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
被扶養者 ④	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
被扶養者 ⑤	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	<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
-----	---

事業主欄	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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印