

## 健康保険 資格確認書（新規・再交付）申請書

※申請する項目（新規・再交付）に○をしてください。

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

資格確認書を紛失・き損し再交付申請する場合は手数料1,000円が必要です。申請書に1,000円を添えてご提出ください。無余白は手数料不要です。資格確認書のき損・無余白の再交付申請には現在お持ちの資格確認書を添付してください。

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) □□□□	番号(左つめ) □□□□□□□□	生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和	□□	年	□□	月	□□	日
	氏名	フリガナ -----									
	郵便番号	□□□□□□			電話番号	□□□□□□□□□□					
	住所	都 道 府 県									

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分												
	被保険者	フリガナ 氏名	同上						生年月日	同上			申請理由	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名							生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和                 □□ 年 □□ 月 □□ 日			申請理由	<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							生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和                 □□ 年 □□ 月 □□ 日			申請理由	<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"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和                 □□ 年 □□ 月 □□ 日			申請理由	<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作成手続き中のため(出生の子・海外帰任・来日後、等) 5 : 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 6 : マイナンバーカードを作っていないため 7 : マイナンバーカードを返納したため 8 : 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 9 : 資格確認書を紛失・き損したため 10 : 資格確認書の裏面記入欄が無余白のため 11 : その他( )	}	1~4の方は、有効期限3ヶ月の資格確認書発行となります。マイナンバーカードの手続きを行ってください。
	マイナ保険証を保有しており、マイナ保険証が利用可能な状況にある場合は、資格確認書の交付対象となりません。		

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	

社会保険労務士の提出代行者名記入欄			
常務理事	事務長	担当者	(受付印)