

健 保 押 印 欄	常務理事	事 務 長	担 当	担 当

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 情 報	被保険者等の 記号・番号	—	氏 名		生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	住 所	〒 —					

対 象 者 欄	交付を希望する者	☐ 被保険者（本人）分 のみ ☐ 被扶養者（家族）分 のみ ☐ 被保険者（本人） および 被扶養者（家族） 分			
	交付を希望する者の氏名	続柄	生 年 月 日	申 請 理 由	
	被 保 険 者	同 上	本人	同 上	☐ 下記理由欄より選択
	被 扶 養 者 ①		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	☐ 下記理由欄より選択	
	被 扶 養 者 ②		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	☐ 下記理由欄より選択	
	被 扶 養 者 ③		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	☐ 下記理由欄より選択	
	被 扶 養 者 ④		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	☐ 下記理由欄より選択	

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 ※ き損の場合はその証を添付してください。 滅失・き損の 理由（経緯）
-------------	--

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提出いたします。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名
------------------	---

健 保 受 付 印
