

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

記入例

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

記号・番号	〇〇 - ×××××		生年月日	2	1 昭和 2 平成 3 令和	△△	〇〇	××	日
氏名	フリガナ	メイデン タロウ 明電 太郎							
郵便番号	123 - 4567	電話番号 (日中連絡の取れる)	×××-〇〇〇〇-△△△△						
住所	〇×	都 道 府 県	〇〇市△△区〇× 〇〇-〇〇						

対象者	2	1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分	対象者を必ず選択									
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名	同上	生年月日	同上	申請理由	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	メイデン サクラ 明電 桜	生年月日	3	1 昭和 2 平成 3 令和	〇	××	△△	日	5	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		1 昭和 2 平成 3 令和				日		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		1 昭和 2 平成 3 令和				日		下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	<p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</p>
-----	--

事業主欄	<p>上記のとおり</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話番号</p>	<p>事業主担当者が記入・押印</p>	<p>受付日付印</p>
------	---	---------------------	--------------

【注意事項】

- この申請書はマイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない状況にある方が、資格確認書の発行を希望する場合に提出するものです。
- 有効期限が設けられます。
- 有効期限内に資格を喪失した際は、返却が必要となります。
(有効期限後の資格喪失の場合は返却の必要はございません。)
- き損の場合は、き損した確認書もしくは保険証を添付のうえご提出ください。