常務理事	事務長	担当者	

健康保険　資格確認書 (再)交付申請書

被保険者情報	記号・番号	１２３　・　４５６７	事業所名称	○○○○株式会社
	氏名	健 保　太 郎	生年月日	☑昭和 ☐平成　××年 ××月 ××日
	住民票の住所	〒１２３-４５６７ ○○県○○市○○町○○番地○○		

対象者欄	交付を申請する対象者	☐被保険者分のみ　☐被扶養者分のみ　☑被保険者および被扶養者分		
	被保険者	氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 8　下記【理由欄】より必ず選択してください
	被扶養者①	氏名 健 保　花 子	生年月日 ☑昭和 ☐平成 ☐令和　××年 ××月 ××日	申請理由 8　下記【理由欄】より必ず選択してください
	被扶養者②	氏名	生年月日 ☐昭和 ☐平成 ☐令和　年　月　日	申請理由 　下記【理由欄】より必ず選択してください
	被扶養者③	氏名	生年月日 ☐昭和 ☐平成 ☐令和　年　月　日	申請理由 　下記【理由欄】より必ず選択してください

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

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

事 業 所 記 入 欄

受付日付印