

健康保険 資格確認書 交付申請書

(新規 ・ 再交付) ←該当を○で囲む

記入日： 年 月 日

常務理事	事務長		担当

被保険者情報	記号・番号	記号	番号	生年月日
	氏名	フリガナ		社員No. (8桁)
	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)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <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	生年月日	申請理由
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

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
	9 : その他()

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

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

健康保険 資格確認書 交付申請書

(新規・再交付) ←該当を○で囲む

記入例

記入日: 令和 6 年 12 月 10 日

被保険者情報	記号・番号	記号 1	番号 2345	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 5 2 年 0 5 月 0 5 日
	氏名	フリガナ ホケン イチロウ 保険 一郎		社員No. (8桁) 01012345
	郵便番号	〒 650-1235	電話番号	078-123-4567
	住所	兵庫 都道 神戸市●●区▲▲▲町1丁目2-3 ××ハイツ 456号室 府県		

対象者欄	対象者	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		
	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 4 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 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 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 年 月 日	申請理由 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 年 月 日	申請理由 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 9 : その他()
-----	---

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。	受付日付印
	事業所所在地	記入不要
	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		