健康保険　資格確認書（再）交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報

個人番号（マイナンバー）	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。
記号・番号	記号（左づめ）：0000　番号（左づめ）：9999
生年月日	1（1 昭和 2 平成 3 令和）49年 12月 01日
氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎
郵便番号	1000006
電話番号	0332128400
住所	東京都道府県　千代田区有楽町1-7-1

対象者欄

対象者：1（1 被保険者（本人）分のみ　2 被扶養者（家族）分のみ　3 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分）

	フリガナ / 氏名	生年月日	申請理由
被保険者	同上	同上	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　ケンポ　マサオ 健保　将雄	2（1 昭和 2 平成 3 令和）05年 12月 01日	8（下記、理由欄より必ず選択ください）
被扶養者②		（1 昭和 2 平成 3 令和）　年　月　日	（下記、理由欄より必ず選択ください）
被扶養者③		（1 昭和 2 平成 3 令和）　年　月　日	（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　※右記　理由・受理番号記入必須

滅失・毀損理由を下記に記入

2024/12/1頃、駅で財布を落とし紛失した

↓警察での受理番号を記入して下さい。

警察署名	○○○○警察署
受理番号	○○○○

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	東京都千代田区有楽町1-7-1
事業所名称	○○株式会社
事業主氏名	健保　将雄
電話番号	03-3212-8400

事業主にて記入する

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	