

# 健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

記入見本

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	記号・番号	記号(左つめ) ○ ○ ○ ○	番号(左つめ) ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 1 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
	氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子		
	郵便番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	電話番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	住所	都道 大阪府 ○○市○○町○○-○○		

対象者欄	対象者	2	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	資格確認書を発行する対象者を 1～3から選択して番号を記入	
	被保険者	フリガナ 氏名	同上	申請理由 同上	
	被扶養者①	フリガナ 氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日 2 1 昭和 2 平成 3 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	申請理由 1 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 3 令和 年 月 日	申請理由 下記理由欄1～8から該当する番号を記入
	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	<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	事業所所在地	〒 ○○○○ - ○○○○ 大阪府大阪市中央区○○町○○-○○	事業主が記入する欄です
	事業所名称	○○株式会社	
	事業主氏名	取締役社長○○ ○○	社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
	電話番号	○○ (○○○)○○○○	

受付日付印

常務理事	事務長	担当

ダイワボウ健康保険組合