

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	記号・番号	記号（左づめ）		番号（左づめ）		生年月日
	氏名					
	郵便番号			電話番号		
	住所					

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	証枝番	生年月日	申請理由 理由欄より選択ください	任意記載 任意記載欄より選択ください 記載する場合は☑してください A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
	被扶養者①	フリガナ 氏名	証枝番	生年月日	申請理由 理由欄より選択ください	任意記載 任意記載欄より選択ください 記載する場合は☑してください A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
	被扶養者②	フリガナ 氏名	証枝番	生年月日	申請理由 理由欄より選択ください	任意記載 任意記載欄より選択ください 記載する場合は☑してください A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
	被扶養者③	フリガナ 氏名	証枝番	生年月日	申請理由 理由欄より選択ください	任意記載 任意記載欄より選択ください 記載する場合は☑してください A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

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
-----	--

任意記載欄	A: 一部負担金限度額の適用区分・発効日を記載する B: 標準負担額減額の適用区分・発効日・長期入院該当を記載する C: 特定疾病及び自己負担限度額の区分・発効日を記載する
-------	--

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	
-------------------	--