

正

副

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

- ◎ 本書には副としてコピーを添付してください。
 ◎ 再交付理由が“毀損”の場合は、毀損した資格確認書を添付してください。

確認日付印

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所記号					
	事業所所在地					
	事業所名称					
	事業主氏名					
	電話番号					
社会保険労務士記載欄						
氏名等						

被保険者欄	番号		氏名		生年月日	昭和		年		月		日
	郵便番号					平成						
	住所	都・道 府・県										

交付希望の対象者	氏名	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由	
								区分	理由
									下記の"理由欄"より必ずご選択ください
									下記の"理由欄"より必ずご選択ください
									下記の"理由欄"より必ずご選択ください
									下記の"理由欄"より必ずご選択ください

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・毀損したため