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

_	132213. 11		J. 1233.07.0	> (   П - Д Б Б Б Б	C/3//130 C (/									PE	ᄜ	ום נו	ı	1	
令和	年	月 日	提出																
	事業所記 号																		
提出	事業所所在地																		
者記入	事業所 名称																		
欄	事業主									社会	会保険労	務士	記載欄						
ПЖЈ	氏 名										名(	等							
	電話番号																		
被保険者欄	番号	氏名							生 年 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日								E		
	郵便番号									,		•							
	住 所	都・道府・県																	
															申請理	由			
交付希望の対象者	氏 名			   続 柄   		生年月日	昭 和 平 成 令 和		年	月	月		区分		下記	 の"理由 ご選択く			
							昭 和						申請理由						
	氏 名	氏 名		続 柄		生 年 月 日	平成		年	月	月		区 下記の"理由欄"より 分 必ずご選択ください						
		続 栌					昭 和						申請理由						
	氏 名			続柄	生 年 月 日		平成	年		月	月		下記の"理由欄"より 必ずご選択ください						
							昭 和						申請理由						
	氏 名			続柄		生年月日	平成		年	月		目	区分			!の"理由 ご選択<			

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

由

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