

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 7 年 3 月 4 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	9 9 9 9
	事業所所在地	〒103 - 〇〇〇〇 東京都中央区〇〇 2-5-7
	事業所名称	〇〇〇〇 株式会社
	事業主氏名	□ 本 □ 史
	電話番号	03 - 1234 - 5678

社会保険労務士記載欄	
氏名等	〇 田 〇 男

被保険者欄	番号	43210	氏名	〇 家 〇 平	生年 月日	昭和 平成	年	月	日
	郵便番号	9 9 9 0 0 0 0							
	住所	〇 △ 都・道 府・県	〇〇 市 □□ 甲	1588 - 1	レジデンス△×	301号室			

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
	〇 家 〇 枝	母	昭和 平成 令和	3 0 1 1 2 5	1	下記、理由欄より必ず 選択ください		
	〇 家 〇 樹	長男	昭和 平成 令和	0 3 0 1 2 9	5	下記、理由欄より必ず 選択ください		
								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・毀損したため