

健康保険 被保険者 健康保険資格確認書(再)交付申請書
 家族

| | | | |
|----|-----|--|----|
| 常務 | 事務長 | | 扱者 |
| | | | |

| | | | | | | | |
|------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|---|---|---|
| 被保険者(申請者)情報 | 記号・番号がわからない場合は個人番号を記入してください。 | | 生年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者証 (右づめ) | 記号 | 番号 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | 個人番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 平成 | | | |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| 氏名 | (フリガナ) | | | | | | |
| 住所 | (〒 -) 都 道 府 県 | | | | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL | () | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------|---|--|---|---|---|---|---|
| 再交付対象者 | 対象者 | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者 | 2の場合は下記被扶養者欄に氏名・生年月日をご記入ください。 | | | | |
| | 被扶養者 | (フリガナ) | 生年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| | | 氏名 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| (再)交付の原因 | <input type="checkbox"/> A マイナンバーカードを紛失した・更新中のため B 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 C マイナンバーカードを取得していないため D マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていないため E マイナ保険証の利用登録解除をしたため F マイナンバーカードの電子証明書の有効期限がきたため G マイナンバーカードを返納したため H 資格確認書を滅失、き損したため I その他 () | | | | | | |

| | | |
|------|---------------------------------|--|
| 事業主欄 | 上記のとおり被保険者から再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 | |

| | |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 | |
|-----------------------|--|

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|