常務理事	事務長		係

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

令和 6 年 11 月 30 日

被保険者情報

記号・番号	記号 ○○ ― 番号 ×××　生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 5 0 年 1 0 月 1 0 日		
氏名	フリガナ ケンポ　タロウ 健保　太郎		
郵便番号	○○○－○○○○	電話番号	○○-×××-△△△△
住所	大阪 都 道 府 県　○○市△△-1-1		

対象者欄

	フリガナ・氏名	生年月日	申請理由
被保険者	同上	同上	8　下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	フリガナ ケンポ　ハナコ 健保　花子	1 昭和 2 平成 3 令和 5 1 年 0 2 月 0 4 日	8　下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者②		1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者③		1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	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 ： 被保険者証又は資格確認書を滅失・き損したため　※被保険者証滅失・き損届、資格確認書滅失・き損届の別途提出が必要
9 ： 券面変更（氏名・生年月日の変更・訂正）のため　※氏名変更・訂正届、生年月日訂正届の別途提出が必要

8・9の理由の場合、別途提出必要な書類を確認してください

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	大阪府大阪市○○-△△
事業所名称	○○株式会社
事業主氏名	△△　△△
電話番号	○○-○○○-○○○○

事業主が記入してください。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	