|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **健康保険　資格確認書（再）交付申請書**  |  | 事務長 |  |  | 係 |
|  |  |  |  |  |
| 被保険者 | 記号 |  | 番号 |  | 資格取得日 |  昭和・平成・令和 年 月 日 | 性別 | 男・女 | 健保受付日付印 |
| 氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 |  昭和・平成 年 月 日 |
|  |  |
| 被保険者 勤務地 |  |
| 再交付する対象者 |  １．被保険者 ２．被扶養者　（被扶養者名： 　　　　　　　　　　　　 　　）  |
| 申 請 の 理 由右記より必ず選択して下さい。 | 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・き損したため  |
|  上記の通り申請します。  住 所 〒令和 年 月 日　被保険者(自署の場合押印不要) 　　　　　　　　　　　　　 氏 名 印 電話（ ） － |
| 事 業 主の 証 明 |  上記の通り届出があり、調査の 結果相違ないことを証明する。 | 事業所の名称・所在地事業主の氏名  |