|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | | | | |