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。

令和　　年　　月　　日　被保険者（自署の場合押印不要）

住　所　〒

氏　名　　印　電話（　　）　　ー

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