

常務理事	事務長	課長補佐	主任	担当者

管理課長	課長補佐	主任	課員(部員)

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

被保険者情報	記号・番号	記号	番号	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ		
住所	〒 - 都 道 府 県			

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		同上	同上	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
			<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和	<input type="checkbox"/> 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 : 資格確認書を滅失・き損したため 9 : その他( )
	【紛失した状況】

所属長欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありました。
	所属 所属長氏名・印

印

