

| | | | | |
|------|-----|------|----|-----|
| 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(左つめ) <input type="text"/> | 番号(左つめ) <input type="text"/> | 生年月日 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 3 令和 |
| | 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 同上 | 生年月日 同上 | 申請理由 <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 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 3 令和 | 申請理由 <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 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 3 令和 | 申請理由 <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 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 3 令和 | 申請理由 <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 |
|-----|---|

| | |
|------|---|
| 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。 |
| | 所 属 所属長氏名・印 (印) |

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|