

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

理事長	常務理事	事務長	担当

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

※初回発行の場合は、(再)してください

提出日： 令和〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号	番号	生年月日	
		〇〇	- 〇〇〇〇	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	フリガナ	トモエガワ タロウ		
			巴川 太郎		
	郵便番号	〒	421-0126	電話番号	054-257-1290
	住所	静岡県静岡市駿河区用宗巴町3-1			

※被保険者の発行希望の場合も下記に記入してください

発 行 対 象 者 欄	フリガナ	生年月日	申請理由
	氏名	トモエガワ タロウ 巴川 太郎	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
フリガナ	トモエガワ ハナコ	生年月日	申請理由
氏名	巴川 花子	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	2 下記、理由欄より必ず選択ください
フリガナ	トモエガワ ジロウ	生年月日	申請理由
氏名	巴川 次郎	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	3 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	手 数 料 確 認	※この場合3枚発行するので、 ¥1000×3枚= ¥3000となります	
	2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため		再発行には ¥1000/枚の 手数料がかかります	
	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		<input checked="" type="checkbox"/> 了承しました	
	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		※盗難の場合は手数料はかかりません	
	5 : マイナンバーカードを作っていないため		注 意 事 項	9.盗難の場合、警察署の盗難届 出番号を記入してください
	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 : マイナンバーカード・資格確認書の盗難にあったため		盗難届出番号： <input type="text"/>	

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ので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------