

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

申請前に必ずご確認ください。

- * マイナ保険証を利用できる方は原則申請できません。
- * 健康保険証をお持ちの方は令和7年12月1日までは申請できません。それまでは健康保険証を利用ください。
保険証を紛失・き損した方で、マイナ保険証を利用できない場合は、本申請書で申請してください。(き損の場合は現物を添付)
- * 申請理由の詳細を確認させていただく場合がありますので、正確に記入ください。

被保険者情報	記号・番号	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	生年月日	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 年	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 月	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 日
	氏名	フリガナ -----					
	郵便番号	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	電話番号	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			
	現住所	都 道 府 県					

対象者欄	対象者	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input style="width: 20px; height: 20px;" 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	同上		申請理由		
	被扶養者①	フリガナ 氏名 -----	生年月日	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 年	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 月	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名 -----	生年月日	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 年	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 月	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 日	申請理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名 -----	生年月日	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 年	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 月	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 日	申請理由

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 : 資格確認書を紛失・き損したため(き損の場合は現物を添付)
-----	--

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	
-----------------------	--