

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	123456789012												個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。											
	記号・番号	123456789012												生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 51年 04月 20日											
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎																							
	郵便番号	123456789012												電話番号 12345678901234567890											
	住所	都 道 府 県 ご記入ください																							

対象者欄	対象者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 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	3 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 2 平成 3 令和 年 月 日												申請理由	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 2 平成 3 令和 年 月 日												申請理由	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 2 平成 3 令和 年 月 日												申請理由	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ので届出します。																								
	事業所所在地	東京都千代田区内幸町×-×-×																							
	事業所名称	飯野海運㈱																							
	事業主氏名	飯野 健																							
	電話番号	012(3456)7890																							
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄																									
受付日付印																									