

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 | |
| | 個人番号 (マイナンバー) | □□□□ □□□□ □□□□ | 【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入する必要はありません。 | |
| | 氏名 | フリガナ (氏) | (名) | 生年月日 □ 1 昭和 □ 2 平成 □ 3 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 |
| | 郵便番号 | — | 電話番号 | — — |
| | 住所 | | | |

| | | | | | |
|-------|-------------|---|---|---|---|
| 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 | 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 |
| | | | | □ 1 昭和 □ 2 平成 □ 3 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 | <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 | |
| | | | □ 1 昭和 □ 2 平成 □ 3 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 | <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 | |
| | | | □ 1 昭和 □ 2 平成 □ 3 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 | <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください | |

| | |
|-----|--|
| 理由欄 | <p>● 上の「対象者欄」の「申請理由」で、1または3を選択した場合は、カッコ書きの中の該当項目に○をつけてください。</p> |
| | <p>1 : マイナンバーカードを紛失したため ⇒ 【マイナンバーカードを 申請しない ・ 申請中(「資格確認書」の有効期限は最長2か月となります)】</p> |
| | <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため ⇒ 【「資格確認書」の有効期限は最長2か月となります】</p> |
| | <p>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 ⇒ 【マイナンバーカードを 申請しない ・ 申請中(「資格確認書」の有効期限は最長2か月となります)】</p> |
| | <p>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</p> |
| | <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> |
| | <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> |
| | <p>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 (理由が「7」で、滅失・き損場合は、「7」「8」両方を記入ください)</p> |
| | <p>8 : 資格確認書を滅失・き損したため ⇒ マイナ保険証登録者には「資格確認書」は交付しません。</p> |
| | <p>● 健康保険組合では、加入者がマイナ保険証を登録しているか確認をしています。</p> |

| | | |
|------|---------------------------------|-------|
| 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。 | 受付日付印 |
| | 事業所所在地 | |
| | 事業所名称 | |
| | 事業主氏名 | |
| | 電話番号 | |

| | |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記入欄 | |
|-----------------------|--|