

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

提出経路 : 被保険者 → 事業所健保担当窓口(人事・総務部など) → 健保

健保使用欄			
常務理事	事務長	GM	係

被 保 険 者 情 報	事業所名 <small>※出向者は出向元の事業所名</small>			氏名 コード		
	記号・番号	記号(左つめ) □□□□	番号(左つめ) □□□□□□□□	生年月日	□ 1 昭和 □ 2 平成 □ 3 令和	□□ 年 □□ 月 □□ 日
	氏名	フリガナ -----				
	郵便番号	□□□□□□□□	電話番号	□□□□□□□□□□□□□□		
	住所	都 道 府 県				

対 象 者 欄	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

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。 所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号
------------------	--

受付日付印

【注意事項】

- ① 資格確認書の有効期限は、健保書類受付日の3か月後の月末までとなります。
- ② 有効期限内に退職や扶養削除などで、健康保険の資格を喪失した場合は、事業主に返却してください。