提出先：会社人事担当
任意継続者は健保組合

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

※被保険者等記号・番号は
①マイナポータル
②資格情報のお知らせ
など、いずれかでご確認ください

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)	個人番号は記入しないでください									
	記号・番号	被保険者等記号(2桁番号)※ 1 0				被保険者等番号(4桁番号)※ 1 2 3 4				生年月日 2 1 昭和 2 平成 3 令和 0 5 年 0 1 月 0 1 日	
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保太郎 被保険者(ご本人)について記入									
	郵便番号	7 6 1 0 1 8 5				電話番号 0 8 7 8 3 9 5 7 5 7					
	住所	香川 都 道 府 県 高松市新田町甲34									

対象者欄	対象者	3		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		申請理由を必ず記入してください (下記、理由欄より選択)					
	被保険者	フリガナ 氏名	同上			生年月日	同上			1	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	ケンボ ハナコ 健保花子 被扶養者(ご家族)も対象の場合は記入			生年月日	2 1 昭和 2 平成 3 令和 2 0 7 年 0 8 月 0 2 日			2	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				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				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 (健康保険証利用登録の解除も希望する場合、マイナンバーカードの健康保険利用登録解除申請書も提出すること)
	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	事業主が証明してください 任意継続者はご自身の住所氏名を記入
	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