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

記号・番号を記入した場合は記入不要です

被保険者情報

個人番号（マイナンバー）		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	記号（左つめ）：99　番号（左つめ）：9999	生年月日：1 昭和 2 平成 3 令和　60年 01月 11日
氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎	
郵便番号	1410032	電話番号：03-5700-5700
住所	東京都品川区大崎〇ー〇ー〇	

対象者欄

対象者	2 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 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	フリガナ　ケンポ　ハナコ 氏名 健保　花子	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和　61年 01月 22日	申請理由 8 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

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	

フューチャーグループ健康保険組合