

常務理事	事務長	係

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

交付対象者は、マイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない状況にある方です。

被保険者 記号・番号				
記号		番号		
被保険者 氏名			被保険者 生年月日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
所属部署				
			<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した申請書である	
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に利用します				
(電話番号)		(メールアドレス) ※社内使用のものでよろしければ記入不要		
対 象 者 欄	氏名	続柄	生年月日	申請理由
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	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：資格確認書を紛失・き損したため ※紛失届を添付ください			
	【注意】 上記以外の理由では原則交付しません。 念のため資格確認書を所持したいという理由では交付不可です			

<健保使用欄>

交付履歴

交付日	事由	備考
○	なし	

受付印

