

常務理事		

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

① 被 保 險 者	被保険者 記号番号	フ リ ガ ナ 氏 名	生 年 月 日			性別		
	記号		印	昭和	年	月	日	男
	番号			平成				女
	連絡先 (電話番号)	(自宅) - - -	(携帯) - - -					

② 対 象 者	フ リ ガ ナ 氏 名	生 年 月 日			性別	続柄	申請理由（※から選択して番号を記入）
		昭和 平成 令和	年	月	日	男	
						女	
		昭和 平成 令和	年	月	日	男	
					女		

令和 年 月 日 上記のとおり（再）交付を申請します。

[受付印]

【※申請理由】

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

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	(印)
----------------------------------	-----