

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日提出 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)	<input type="text"/>	個人番号(マイナンバー)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) <input type="text"/>	番号(左つめ) <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ -----		
	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>
	住所	都 道 府 県		

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください

理由欄	<ol style="list-style-type: none"> マイナンバーカードを紛失したため マイナンバーカードの更新(発行)手続き中のため 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 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 マイナンバーカードを作っていないため マイナンバーカードを返納したため 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 資格確認書を滅失・き損したため ※滅失の場合は、「滅失事由を明らかにする証明書(盗難、遺失、焼失、紛失証明書など)」のコピー添付が必要 警察に届出済みで証明書がない場合は、届出の受理番号を記入【 ※き損の場合は、き損した資格確認書の添付が必要 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><注意> 有効な健康保険証を 保有している場合は、 発行できません。</p> </div>
-----	---	---

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

エクセディ健保使用欄	
理由	資格確認書有効期限
1.2.3	3ヶ月
4.5.6.7	5年
8	初回発行時の期限通り
受付日付印	

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--