常務理事	事務長		係

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　　年　　月　　日

被保険者情報

記号・番号	記号　番号 ―	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日
氏名	フリガナ	電話番号	
郵便番号	―	住所	

対象者欄

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 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　※下の被保険者誓約書の記入が必要　※き損の場合その資格確認書を添付のこと

被保険者誓約書

今後は資格確認書を滅失・き損することのないよう、十分注意します。
また、滅失した資格確認書については、健康保険法に定める責任を負い、当申請書を提出後も誠意をもって発見に努め、
発見したときは直ちに返納いたします。

＜滅失の理由＞　いつ：　　どこで：

どうなった：

（　　）警察署へ届出　受理番号（No.　　）

年　　月　　日

被保険者氏名

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