

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

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					生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	
	氏名	フリガナ					
	郵便番号			電話番号			
	住所	都 道 府 県					

対 象 者 欄	対象者	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 氏名	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	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。	受付日付印
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

※再交付の場合、発行手数料として1枚につき3,000円を納付頂きます。
一般の方: 給与天引き 任意継続被保険者: 振込

<誓約書> 上記届出書に記載のとおり、資格確認書を滅失したことに相違ございません。 万一、これに起因する事故等が発生した場合には、責任をもって弁償いたしますとともに、今後はその取扱いに十分注意いたしますので、 再交付をお願い申し上げます。 なお、滅失した資格確認書を発見した際には、速やかに返納いたします。		
令和 年 月 日	被保険者氏名	㊞