〇資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

決	裁	

健康保険　資格確認書　（再）交付申請書

記　号		番　号	

被保険者	氏　名		性別	生　年　月　日
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女	昭 平　・　・
	住所	〒	T E L	
			携　帯	

対　象　者	本人分　・　家族分　・　本人および家族分

対象者	氏	名	性別	生　年　月　日	続柄	申　請　理　由
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女	昭 平 令　・　・		
	本	人				
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女	昭 平 令　・　・		
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女	昭 平 令　・　・		
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女	昭 平 令　・　・		
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女	昭 平 令　・　・		

申請理由	
	1　マイナカードを紛失したため 2　マイナカードの更新手続き中のため 3　マイナカードの電子証明書の有効期限が切れているため 4　マイナカードを持っているが、保険証の利用登録を行っていないため 5　マイナカードを作っていないため 6　マイナ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 9　その他

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。 事業主所在地 事業主名称 事業主氏名

受付日付印