

○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	
	(フリガナ)			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
	(フリガナ)		男 女	昭 平 令 ・ ・		
	本	人				
	(フリガナ)		男 女	昭 平 令 ・ ・		
	(フリガナ)		男 女	昭 平 令 ・ ・		
	(フリガナ)		男 女	昭 平 令 ・ ・		
	(フリガナ)		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。				受付日付印
事業主所在地						
事業主名称						
事業主氏名						