

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

決裁欄					
-----	--	--	--	--	--

被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)				
	記号・番号	記号 番号	生年月日		
		—	昭和 平成 年 月 日		
	被保険者氏名	フリガナ			
	郵便番号	—	電話番号		
住所					

対 象 者 欄	対象者	フリガナ 氏名	生年月日	続柄
			昭和 平成 令和 年 月 日	
申請理由	以下から該当の申請理由1つに○をつけてください			
	<p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>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</p> <p>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(マイナ保険証)を行っていないため</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</p> <p>9 : 限度額適用認定証 の情報が必要かつマイナ保険証がないため</p> <p>10 : 限度額適用・標準負担額減額認定証 の情報が必要かつマイナ保険証がないため</p> <p>※住民税の(非)課税証明書の原本 または 「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「生活保護却下通知」か「生活保護廃止決定通知書」を添付 ※有効期限は申請月の初日から初めて到来する7月末まで</p> <p>11 : 特定疾病療養受療証 の情報が必要かつマイナ保険証がないため</p> <p>※特定疾病の認定を受けたことがわかる書面を添付</p> <p>12 : その他(具体的に記入)</p> <p>()</p>			

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

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
