健康保険　資格確認書（再）交付申請書

記入例

被保険者情報				
~~個人番号（マイナンバー）~~			←個人番号（マイナンバー）は入力しないでください	
記号・番号	記号 28XX ― 番号 XXXX		生年月日 昭和・平成 XX 年 XX 月 XX 日	
被保険者氏名	フリガナ ケンポ イチロウ 健保　一郎			
郵便番号	XXX ― XXXX	電話番号	XXX-XXXX-XXXX	
住所	東京都青梅市東青梅X丁目XXX番地XX号			

対象者欄			
対象者	フリガナ ケンポ ハナコ 氏名 健保　花子	生年月日 昭和・平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日	続柄 妻
申請理由	以下から該当の申請理由1つに〇をつけてください		

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（マイナ保険証）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

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

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

※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

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

※特定疾病の認定を受けたことがわかる書面を添付

12 ： その他（具体的に記入）

（　　）

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	東京都XX区XX　XX丁目XX番地XX号	
事業所名称	XXXX株式会社	
事業主氏名	代表取締役社長　XX　XX	
電話番号	XXXX－XX－XXXX	

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	