

## 健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

※鉛筆や消えやすいインク等で書かないでください。楷書で丁寧に記入ください。  
 ※資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください  
 ※申請理由(8)の場合、再交付手数料がかかります。1枚につき1,000円を申請時に下記指定口座へお振込みください。  
 ・振込先 みずほ銀行 小舟町支店 普通 0231568 日清紡健康保険組合(ニッシンホウケンコウホケンタアイ)。  
 ・振込確認でき次第再交付致します。

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	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	記号(左つめ) <input style="width: 100%;" type="text"/>	番号(左つめ) <input style="width: 100%;" type="text"/>
	氏名	フリガナ <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	郵便番号	<input style="width: 100%;" type="text"/>	電話番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>
	住所	都 道 府 県	

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 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	生年月日
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日

申請理由

同上

申請理由

同上

申請理由

同上

申請理由

同上

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
-----	---

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	