

健康保険 資格確認書(再)交付申請書

常務理事	事務長	部長	副部長・次長	担当者

下記のとおり被保険者から交付申請がありましたので届出します。

事業所所在地	埼玉県川越市〇〇町△-△
事業所名称	〇〇労働金庫
事業主氏名	労金 太郎
電話番号	049-000-0000

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。

被保険者情報	記号・番号	記号(右つめ) <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> 番号(右つめ) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> 生年月日 <input type="text" value="1"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="9"/> 年 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> 月 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 日
	被保険者氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎
	郵便番号	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> - <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="2"/> 電話番号 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/>
	住所	東京都 <input checked="" type="radio"/> 都道 千代田区神田小川町〇-〇 府県

対象者欄	対象者	<input type="text" value="2"/> 1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 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 同上 氏名 同上 生年月日 同上 申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず 選択ください
	被扶養者①	フリガナ ケンコウ ハナコ 氏名 健康 花子 生年月日 <input type="text" value="3"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text" value="7"/> 年 <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> 日 申請理由 <input type="text" value="4"/> 下記、理由欄より必ず 選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず 選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず 選択ください

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取得していないため 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(※)のサポート(要配慮者等と同行して介助者等が資格確認を補助すること)が必要なため ※要配慮者等と同行する親や子は除く 8 : 資格確認書を滅失・き損したため
-----	---

【留意事項】

- 原則として、「マイナ保険証」をお持ちの方は、申請できません。
- 「念のため資格確認書を持っておきたい」など、「理由欄」の理由以外での申請はできません。
- 申請理由と当健保組合で確認した内容に相違がある場合、連絡をさせていただくことがあります。
- マイナンバーカードや資格確認書の盗難等による紛失・滅失の場合は、悪用されることも想定されますので警察への連絡・届出をおすすめします。