

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

常務理事	事務長	係員	係員

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

記号・番号	記号(右つめ)	番号(右つめ)	生年月日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
氏名	フリガナ		
郵便番号	<input type="text"/>	電話番号	<input 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
		同上	同上
	申請理由	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
申請理由	<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
申請理由	<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
申請理由	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください		

理由欄	<ul style="list-style-type: none"> 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 4 : 資格確認書をき損したため
-----	---

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	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

常務理事	事務長	係員	係員

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

記号・番号	記号(右つめ)	番号(右つめ)	生年月日
	1	2 3 4 5	2 1 昭和 2 平成 3 令和 0 1 年 0 1 月 0 1 日
氏名	フリガナ ヒカリ タロウ 光 太郎		
郵便番号	1 7 1 0 0 2 1	電話番号	0 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8
住所	都 道 東京 豊島区西池袋1-4-10 光ウエストゲートビル7F 府 県		

対象者	1 1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分			
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 2 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名 ヒカリ ハナコ 光 花子	生年月日 2 1 昭和 2 平成 3 令和 0 2 年 0 2 月 0 2 日	申請理由 2 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 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 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 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	<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>4 : 資格確認書をき損したため</p>
-----	--

事業主欄	<p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: center;">事業主記入欄</p>
------	--

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	社会保険労務士記載欄
-------------------	------------