健康保険　資格確認書（再）交付申請書

再発行ではなく初回発行の場合は、（再）に横線を引いてください。

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報

個人番号（マイナンバー）	
記号・番号	記号（左づ… 生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
氏名	フリガナ
郵便番号	
住所	都　道　府　県

どちらかをご記入ください。

ご記入ください。

対象者欄

対象者	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

	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
被保険者			下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者②		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者③		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください

被保険者の場合はこちらにご記入ください。

被扶養者の場合はこちらにご記入ください。

理由欄

1 ： マ…
2 ： マ…
3 ： マ…
4 ： マ…
5 ： マ…
6 ： マ…
7 ： マ…
8 ： 資…

事業主欄

上記のとおり被…
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

社会保険…
提出代行…

【注意事項】

・再交付を要する場合は、必ず被保険者の公的な証明書（運転免許証、パスポート、住民票等）の写しを添付して下さい。

・有効期限内の資格証明書を「き損」した場合は、この申請書に「き損」したカードを添付して下さい。

・有効期限内の資格確認書またはマイナンバーカードを紛失した場合は、最寄りの警察に届け出て下さい。

・紛失した資格確認書を発見した場合は、<u>発見した資格確認書を健康保険組合まで返納</u>し、再交付した資格確認書を引き続き使用して下さい。

・マイナンバーカードを紛失または盗難された場合は、ご自身でマイナンバー総合フリーダイヤル（0120-95-0178）へ連絡し、マイナンバー機能停止手続きを行って下さい。