【Example】

健康保険　資格確認書（再）交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

Individual number

Health Insurance Card Symbol

Health Insurance Card Number

Date of Birth

Zip Code

Insured person name

Phone Number

Address

Eligible persons

Reason for applying

Dependents Name

Date of Birth

被保険者情報

個人番号（マイナンバー）	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）：3 0 0 3　番号（左つめ）：1 2 3 4 5　生年月日：1（1 昭和 2 平成 3 令和）5 0 年 0 1 月 0 1 日
氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎
郵便番号	3 5 5 × ×
住所	埼玉 都 道 府 県　東松山市××町×－×－×

Phone Number: 0 9 0 9 9 9 9 9 9 9 9

対象者欄

対象者	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

1 Insured Person
2 Dependents
3 Both

		生年月日	申請理由
被保険者	フリガナ 氏名：同上	同上	下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	フリガナ　ケンポ　ハナコ 氏名：健保　花子	1（1 昭和 2 平成 3 令和）5 0 年 0 1 月 0 1 日	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	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	フリガナ 氏名	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

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

[Options]

1. Lost Individual Number Card
2. In the process of renewing Individual Number Card
3. Individual Number Card electronic certificate has expired
4. Individual Number Card issued but not registered for use as a health insurance card
5. No Individual Number Card issued
6. Individual Number Card returned
7. Support from a third party (e.g., caregiver) required to receive examinations and treatment with a Myna health insurance card
8. Lost or damaged Eligibility Verification Certificate

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

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	