

常務理事	事務長		係

## 健康保険 資格確認書（再）交付申請書

↓ 資格確認書の滅失・き損による再交付申請の場合は□に✓してください。(初回発行の場合は不要です。)

資格確認書の紛失・き損による再交付により、手数料(1枚につき500円)を現金もしくは振込みで提出いたします。

被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	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(左づめ)		番号(左づめ)		生年月日											
	氏名	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>		<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>		<table border="1" style="width: 10px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	1 昭和	<table border="1" style="width: 10px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	2 平成	<table border="1" style="width: 10px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	3 令和	<table border="1" style="width: 10px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	年	<table border="1" style="width: 10px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	月	<table border="1" style="width: 10px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	日
	郵便番号	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>		電話番号		<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>											
	住所	都 道		府 県													

対 象 者 欄	対象者	対象者を選んでください				
	被 保 険 者	フリガナ 氏名	同上	生年月日	同上	申請理由
	被 扶 養 者①	フリガナ 氏名		生年月日		申請理由
	被 扶 養 者②	フリガナ 氏名		生年月日		申請理由
	被 扶 養 者③	フリガナ 氏名		生年月日		申請理由

理 由 欄	1. マイナ保険証の登録を行っていないため	5. 資格確認書を紛失・滅失・き損したため
	2. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ	6. その他の理由 ( )
	3. マイナ保険証を紛失したため	
	4. 受診に第三者(介助者など)のサポートが必要なため	(任意)マイナンバーカード発行・更新予定: 令和 <table border="1" style="width: 10px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> 年 <table border="1" style="width: 10px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> 月

※再交付申請の場合、交付手数料を現金または振込みでお支払いください。振込の場合は手数料は自己負担、入金確認後の交付になります。

振込先	銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名義
	三井住友銀行	荏原支店	普通	207505	ガツケンケンコウホケンクミアイ

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	
-----------------------	--

受付日付印
-------