

常務理事	事務長		係

## 健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

※ 紛失・滅失・き損による再交付申請の場合は、交付手数料1枚につき500円徴収します。

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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) <input type="text"/>		番号(左つめ) <input type="text"/>		生年月日	
	氏名	フリガナ <input type="text"/>					
	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>			
	住所	都道 府県 <input type="text"/>					

対象者	対象者を選んでください							
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	<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 氏名	<input type="text"/>		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	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>		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	<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	<input type="text"/>		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	<input type="text"/>	下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	1. マイナ保険証の登録を行っていないため	4. 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	5. その他の理由
	3. 受診に第三者(介助者など)のサポートが必要なため	

※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					

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"/>
-----------------------	----------------------