

課長	係長	係

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

○再交付手数料はかかりません。

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) 2 2 7	番号(左つめ) 3 5 0	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	4 8 年	0 4 月	0 5 日
	氏名	健保 太郎					

対象者欄	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者(本人分)	生年月日 同上	申請理由 1 下記、理由欄より必ず選択ください		
		被扶養者氏名① 健保 花子	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	5 0 年 1 2 月 2 2 日	8 下記、理由欄より必ず選択ください	
	<input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者氏名②	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和			下記、理由欄より必ず選択ください
		被扶養者氏名③	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和			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作っていないため</p> <p>2 : 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</p> <p>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</p> <p>4 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>5 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>6 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>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</p> <p>8 : 資格確認書を紛失したため</p> <p>9 : 資格確認書を破損(劣化)したため → 資格確認書を添付してください。</p> <p>10 : 健康保険証を紛失し、かつ上記理由 <input type="checkbox"/>番に該当するため (<input type="checkbox"/>に該当する番号をご記入ください)</p> <p>11 : 健康保険証を破損(劣化)したため → 健康保険証を添付してください。</p>
-----	---

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

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。

事業主欄	<p>事業所所在地 東京都豊島区南池袋◇-◇-◇ アドタワー10F</p> <p>事業所名称 (株)タケイディスプレイ</p> <p>事業主氏名 竹井 世津子</p> <p>電話番号 03-3984-XXXX</p>
------	--

受付日印

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