健康保険組合		
常務理事	事務長	扱　者

健康保険　資格確認書（再）交付申請書

被保険者情報

記入日	令和　　年　　月　　日
個人番号12桁（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。
個人番号を記入したときは手渡しや簡易書留等の追跡可能な移送手段にて送付願います。

↓被保険者氏名は手書きでお願いします。

記号	番　号	被保険者名	生年月日
		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	1 昭和 2 平成　　年　　月　　日 3 令和
被保険者住所			電話番号
〒　　－			

対象者欄

対象者　1：被保険者（本人）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

	氏　名	続柄	生年月日	申請理由
被保険者	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		1 昭和 2 平成　年　月　日 3 令和	□ 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		1 昭和 2 平成　年　月　日 3 令和	□ 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者②	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		1 昭和 2 平成　年　月　日 3 令和	□ 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者③	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		1 昭和 2 平成　年　月　日 3 令和	□ 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者④	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		1 昭和 2 平成　年　月　日 3 令和	□ 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

事業主欄

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付日

T0130（R0612）