

赤点線枠内は、ご自身のマイナンバー保険証等を確認の上、ご記入ください。

※印刷する際は
※太枠内と下部

健康保険資格確認書(再)交付申請書

常務理事	事務長	係員

被保険者等	記号	番号	フリガナ 被保険者氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎	男 <input checked="" type="checkbox"/> ・女 <input type="checkbox"/>	生年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	※※年※※月※※日
被保険者 住民票住所				給与以外の収入 (年金・不動産収入等)	円	申請理由	2	理由欄より必ず選択下さい

登録しますので、フリガナを忘れずに！

被扶養者の氏名 フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	申請理由	理由欄
ケンポ ハナコ 健保 花子	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ※※年※※月※※日	妻 ※※歳	3 理由欄より必ず 選択下さい	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
ケンポ スミコ 健保 住子	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ※※年※※月※※日	長女 ※※歳	3 理由欄より必ず 選択下さい	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
ケンポ イチロウ 健保 一郎	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ※※年※※月※※日	長男 ※※歳	3 理由欄より必ず 選択下さい	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
ケンポ トモコ 健保 友子	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> ※※年※※月※※日	二女 ※※歳	8 理由欄より必ず 選択下さい	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

令和※※年※※月※※日提出

健保受付日付印

こちらは記入不要です。

事業主確認

この届出については、下記の2点を確認しています。

- 申請者本人(被保険者)が作成していること。
- 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認していること。