

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

記入例

係

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

事業所に提出する日を記入する

【提出日】令和 7 年 4 月 3 日

個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1	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	9 8 9 8 7 6 5 4 3	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 4 9 年 0 8 月 0 1 日
氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	電話番号 3 1 勤務先 2 自宅 3 携帯 090 (1234) 1111 () 内線 ()
会社名 事業所・所属	〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G ※退職者の方は住所をご記入ください。	

対象者	3 1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
被保険者	フリガナ 同上 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 3 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	フリガナ ケンポ ハナコ 氏名 健保 花子	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 5 3 年 0 7 月 2 1 日	申請理由 3 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	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	申請理由 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	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	申請理由 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	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 〒810-0000 福岡市中央区〇〇1-1-1 事業所名称 〇〇〇株式会社 事業主氏名 代表取締役社長 〇〇 〇〇〇 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
------	---

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
