

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号			Global ID		
	氏名	フリガナ		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	
	郵便番号			電話番号		
	住民票住所					

対 象 者 欄	対象者	☐ 1 被保険者(本人)分のみ ☐ 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				
	被 保 険 者	フリガナ 氏名	生年月日		申請理由	
		同上	同上		☐ 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	生年月日		申請理由	
			1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		☐ 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		申請理由		
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		☐ 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		申請理由		
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		☐ 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・利用解除したため 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 9 : 被保険者証を滅失・き損したため(令和7年12月1日まで)
-------------	---

《郵送先》 〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階

社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛て

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	

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

受付日付印
