

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

常務理事	事務長	係

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	
	フリガナ 氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	郵便番号		電話番号	
	住民票住所			

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 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
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

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

《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	

受付日付印

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