

## 健康保険 資格確認書(再)交付申請書

健保決裁欄	常務理事	再発行時	担当

提出日:令和 6 年 12 月 1 日

被保険者情報	記号	1	番号	1234	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	氏名	(フリガナ) ダイオウ タロウ	大王 太郎			生年月日	5.昭和	7.平成	0	1	1	2	1	3			
	住所	〒 799 - 0403 愛媛県四国中央市三島朝日1-2-34				電話番号	080-1234-5678										

対象者欄	対象者	1	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	同上	生年月日	同上	申請理由 8 下記、理由欄より必ず選択ください												
	被扶養者①	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください									
	被扶養者②	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	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)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	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 (理由(滅失した場所やき損させた理由をできるだけ詳しく記入してください) 飲み物をこぼしてしまい、き損してしまった。)
-----	--

※再交付を希望する人は、下記を必ず読んで署名をしてください。

## 【資格確認書の再交付に関する誓約事項】

- 再交付には、1枚につき500円を支払います
- 再交付料の支払いについては、事業主に委託します
- 再交付料は、いかなる理由があっても返金を求めません

※上記、①～③について同意の上、署名します。

被保険者氏名

大王 太郎

事業所  
所在地事業所  
名称事業主  
氏名

電話番号