

## 健康保険 資格確認書交付申請書

<b>ご注意</b>	<p>※1 現在有効な健康保険証およびマイナ保険証を利用いただける方は申請できません。</p> <p>※2 交付済の健康保険証を紛失した場合は本紙とあわせて「健康保険被保険者証滅失届」を添付して提出してください。</p> <p>※3 氏名変更に伴う申請の場合は、「変更後の氏名」で本紙を記入し、変更届に添付してください。</p>
------------	--

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

<b>被 保 険 者 情 報</b>	記号・番号	記号	番号	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ		印

被保険者自ら記入(自署)する場合押印は不要です

<b>対 象 者 欄</b>	対象者	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	該当の番号を記入してください 	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	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 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 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 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 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 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 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	

<b>理 由 欄</b>	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
----------------------	---

<b>事 業 主 欄</b>	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		

健保受付印

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