

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

被 保 険 者	個人番号 (マイナンバー)	※	※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	記号(左つめ)※ 番号(左つめ)	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	
	氏名	フリガナ		
	住所	〒 電話		

交 付 対 象 者	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 同上	生年月日 同上	申請理由 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 1 昭和 2 平成 3 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 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 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 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 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(要再交付手数料)
- ※基本的には上記理由以外での交付はできませんが、特別な事情がある場合は詳細にご記入ください。

◎滅失・毀損等、自己責任による再交付申請(理由欄8に該当)の場合、手数料として資格確認書1枚につき1,000円が必要です。下記口座へお振込みください。振込手数料はご負担お願いいたします。
現金ではお支払いいただけませんのでご了承ください。

りそな銀行(0010) 川崎支店(631) 普通 022091 不二サッシ健康保険組合

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。		受付日付印
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。	事業所担当者印	社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
-----	---	---------	-----------------------