健康保険　資格確認書 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

被保険者情報			
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		
郵便番号		電話番号	
住所	都　道 府　県		

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 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 マイナカード紛失
2 マイナカード更新中
3 介助者が必要な要配慮者
4 個人番号未登録
5 マイナ保険証未登録
6 マイナ保険証解除
7 マイナカード電子証明書期限切れ
8 マイナカード返納
9 自己情報提供不可
10 オン資データ未連携
11 券面変更
12 健保属性変更
13 保険証廃止に伴う一括交付
14 その他（具体的に【　】内に記入してください）
【　　】
15 資格取得届等の電子申請
16 マイナカード未作成
17 滅失・き損

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	