

健康保険
資格確認書（再）交付申請書

常務理事	事務長	課長	合議	係

資格確認書の交付・再交付を希望する場合にご使用ください。

有効期限	令和 年 月 日
------	----------

被保険者情報	記号 被保険者等 記号・番号	番号 1 2 3 4 4 0 0	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください ※記載の場合は添付書類（裏面参照）が必要です。	
	氏名 (フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎	生年月日 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 03 05 25	年 月 日	
	住所 (〒 121-1212) 滋賀 滋賀県 〇〇市〇〇町〇番地 〇〇マンション103号			

対象者欄	対象者	3 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	申請理由 (下記理由欄より番号を選択してください)	
	被保険者	氏名 (フリガナ) 同上 健康 太郎	生年月日 同上	1
	被扶養者①	氏名 (フリガナ) ケンコウ ハナコ 健康 花子	昭和 ☐ 平成 ☒ 令和 ☐ 05 01 10	3
	被扶養者②	氏名 (フリガナ)	昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ☐ 年 月 日	
	被扶養者③	氏名 (フリガナ)	昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ☐ 年 月 日	

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
-----	---

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	滋賀県〇〇市〇〇町〇ー〇
	事業所名称	〇〇農業協同組合
	事業主氏名	代表理事理事長 〇〇 〇〇
	電話番号	1234-56-8900

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

令和 6 年 12 月 10 日 提出	
決定日付印	受付日付印