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

令和　　年　　月　　日 提出

被保険者情報	記号・番号	□□ — □□□□	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日
	個人番号（マイナンバー）	□□□□ □□□□ □□□□		
	氏　名	（フリガナ）		
	郵便番号（ハイフンなし）	□□□□□□□	電話番号	□□□□□□□□□□□
	住　所			

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				
	被扶養者①	氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	申請理由	□ 下記、理由欄より選択
	被扶養者②	氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	申請理由	□ 下記、理由欄より選択
	被扶養者③	氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	申請理由	□ 下記、理由欄より選択

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：資格確認書を紛失・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提出します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

受付印

オカモト健康保険組合