下記を参考に記入して健康保険組合へ提出ください。

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。注)「マイナ保険証」を利用できる方(理由7を除く)は交付できません。

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) 9 9 番号(左つめ) 1 2 3 4	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	5 0 年	0 2 月	1 0 日
	個人番号 (マイナンバー)	9 9 9 9 0 1 2 3 4 5 6 7					
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎					
	郵便番号	2 7 9 0 0 1 3	電話番号	0 4 7 - 3 0 4 - × × × ×			
	住所	千葉県 浦安市日の出〇-〇-〇					

対象者欄	対象者	3 1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)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 1 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 ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日 2 1 昭和 2 平成 3 令和 9 9 年 0 1 月 0 1 日	申請理由 2 1.減失 2.き損 3.その他()		
	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 : 資格確認書を減失・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
	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