健康保険　資格確認書（再）交付申請書

SSJ・・・11　SEJ・・・21　財団・・・41
SLJ・・・51　TMX・・・161

資格確認書の交付を希望する場合にご

被保険者情報			
記号・番号	記号（左つめ）11 ― 12345 ※社員番号	生年月日	2 1 昭和 2 平成 3 令和 04 年 11 月 22 日
氏名	フリガナ ケンポ　タロウ 健保　太郎		
郵便番号	0000000	電話番号	09011112222
住民票住所	○ ○ 都 道 府 県 ○○○市○○○○丁目○○番○○号		

対象者欄			
対象者	1　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 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	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（短期）
2 ： マイナンバーカードの更新手続き中のため（短期）
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（短期）
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【長期】
5 ： マイナンバーカードを作っていないため【長期】
6 ： マイナンバーカードを返納したため【長期】
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【長期】
8 ： 資格確認書を滅失・き損したため【長期】

◈短期の有効期限は3か月後の末日　　◈長期の有効期限は5年

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

人事担当部門で記入しますので、記入不要です。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	