

## 健康保険 資格確認書再交付申請書

申請日	年 月 日													
保険証		被保険者氏名										性別		
記号	番号											男・女		
生年月日	昭・平・令 年 月 日	マイナンバー												
事業所名称														
被保険者の住所														

\*ここから下の太枠内は、交付を希望する人についてご記入ください。

氏名		続柄	申請理由 ( )	下記理由欄より、 選択ください。										
生年月日	昭・平・令 年 月 日	マイナンバー												
氏名		続柄	申請理由 ( )	下記理由欄より、 選択ください。										
生年月日	昭・平・令 年 月 日	マイナンバー												
氏名		続柄	申請理由 ( )	下記理由欄より、 選択ください。										
生年月日	昭・平・令 年 月 日	マイナンバー												
氏名		続柄	申請理由 ( )	下記理由欄より、 選択ください。										
生年月日	昭・平・令 年 月 日	マイナンバー												

**理由欄**

1. マイナ保険証を滅失（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きれているため
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（介助など）のサポートが必要なため
8. 資格確認書を紛失・き損（破損）したため

\*申請者がマイナ保険証を持っているかシステムで確認し、持っていない方に対して発行致します。

資格確認書の発行までに5営業日以上の日数を要します。

\*システムで確認をし、マイナ保険証をお持ちの方には、資格確認書は発行できません。

マイナ保険証を用いて医療機関をご受診ください。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名称	
電話番号	

受付日印    
----------------------