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。

被保険者情報				
記号・番号	記号 □□□□ 番号 □□□□□□	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 □□年 □□月 □□日
氏　名	フリガナ	電話番号	
住　所	〒		

対象者欄				
対象者	□ 被保険者（本人）のみ　□ 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分 □ 被扶養者（家族）のみ			
被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 □ 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 □ 昭和 □ 平成 □ 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 □ 昭和 □ 平成 □ 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 □ 昭和 □ 平成 □ 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 ： 資格確認書を滅失・き損したため

サカイ引越センター本社使用欄

事業主欄	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当

サカイ引越センター健康保険組合