

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

記入例

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 1 1 4 1	番号 1 2 3 4 5 6	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 1 月 1 1 日
	氏名	フリガナ サカイ タロウ		電話番号	111-2222-3333	
	住所	〒 123-4567 ○○県△△市□□ 1-1-1				

対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)のみ <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)のみ			
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 8 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 サカイ ハナコ 堺 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 5 年 1 0 月 1 5 日	申請理由 4 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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

← この欄は記入不要です →

サカイ引越センター健康保険組合