

資格確認書（再）交付申請書

理由欄 1～8 のいずれかに該当し、資格確認書の交付を希望する場合にご提出ください

被保険者欄	被保険者等		マイナンバー記入欄(記号番号を記入した場合は不要です)
	記号	番号	
	氏 名		生 年 月 日
			昭和 ・ 平成 年 月 日
連絡先（メールアドレス、電話番号など）			再発行手数料が発生する場合にご連絡させていただきます

対象者欄	氏 名	生 年 月 日	申請理由 理由欄の番号を記入 8 番の場合は、詳細理由を記入
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	

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：資格確認書を紛失・盗難・汚損(破損)等したため (注)本人不注意の場合は手数料3,000円が必要です

事業主欄	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

健保使用欄	マイナ保険証を確認	受付日	常務理事	事務長	担当者
	有 ⇒申請書を返戻 無 ⇒申請理由を確認 本人不注意は個別対応				