

在職中の方は、S A T O社会保険労務士法人
任継の方は健保組合

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

本人 (社員) について記入

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者欄	記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ) 生年月日									
		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 昭和 平成 令和 5 9 年 1 2 月 0 1 日									
	氏名	フリガナ ヤマセン タロウ 山善 太郎									
	郵便番号	5 5 0 0 0 0 5				電話番号	0 9 0 * * * * * * * *				
住所	大阪 都 道 大阪府 大阪府 大阪市西区西本町3-1-43-405										

対象者欄	対象者	2 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 ヤマセン タロウ 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 ヤマセン イチロウ 氏名 山善 一郎 生年月日 2 昭和 平成 令和 2 0 年 1 1 月 1 8 日 申請理由 2 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 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 1 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 手続中のため 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
-----	---

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	

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

受付日付印

記入しないでください
※会社記入欄です