常務理事	事務長（課長）	課長（課長代理）	担当者

健康保険　資格確認書　（再）交付申請書

※健康保険の記号番号が不明の場合、個人番号を記載

被保険者が記入する欄	① 健康保険の記号番号	―		
	② 被保険者の氏名		③ 被保険者の生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
	④ 被保険者の住所	〒　　－		
	⑤ （再）交付 対象者の氏名		⑥ （再）交付 対象者の生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
	⑦ 交付を希望する理由	1．マイナンバーカードを紛失、更新中のため 2．第三者（例：保育園、介護施設など）に資格確認書を預ける必要があるため 3．その他 （理由：　　）		
	⑧ 再交付(き損/滅失)の場合に記入してください	き損の場合 理　由：		
		滅失の場合 理　由： 上記のとおり資格確認書を滅失しましたが、今後は十分注意します。 なお、滅失した資格確認書を発見した時はただちに返納します。 被保険者氏名		

事業主が記入する欄	上記のとおり、被保険者から資格確認書（再）交付の申請がありましたので届出いたします。 令和　　年　　月　　日 所在地 事業所 名　称 事業主　氏　名 電話番号　　（　　）

受付日付印