

## 健康保險 資格確認書 (再)支付申請書

課長	課長補佐	課員

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	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。	
	記号・番号	記号(左づめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 番号(左づめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
	氏名	フリガナ _____		
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/> <input type="text"/>	
	住所	都道府県 _____		
		対象者 <input type="checkbox"/>	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	
対象者欄	被保険者 氏名 フリガナ _____	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者① 氏名 フリガナ _____	生年月日 _____	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者② 氏名 フリガナ _____	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者③ 氏名 フリガナ _____	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
理由欄	<ol style="list-style-type: none"> <li>マイナンバーカードを紛失したため</li> <li>マイナンバーカードの更新手続き中のため</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>マイナンバーカードを作っていないため</li> <li>マイナンバーカードを返納したため</li> <li>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</li> <li>資格確認書を滅失・き損したため</li> </ol>			

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	

### 受付日付印