

店名 _____

社員番号 _____

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

※マイナ保険証を持っている方には資格確認書は交付いたしません。

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ) <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"/> <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/>	
	住所	都道 府県 _____			

対象者欄	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	
	被保険者 氏名 フリガナ 同上	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 同上	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② 氏名 フリガナ 同上	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	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 9 : 資格確認書の電磁的交付(KOSMO Web)を受けたいため ※資格確認書を添付してください。電磁的への変更は約1週間後です。 10 : 資格確認書の電磁的交付(KOSMO Web)から紙の資格確認書の交付へ変更したいため ※マイナ保険証の利用登録をしている方は解除が必要です。解除申請書を送付します。
-----	---

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
