

記入例

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

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)				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(左つめ) 1 1 番号(左つめ) 1 1 1 1			生年月日 2 1 昭和 2 平成 3 令和 1 1 年 0 1 月 1 1 日		
	氏名	フリガナ サノ タロウ 佐野 太郎 ㊞ ※被保険者本人が署名した場合、押印は不要です。					
	郵便番号	5 5 9 0 0 1 1		電話番号	0 6 - 6 6 5 5 - 0 5 5 1		
	住所	大阪 都 道 府 県 大阪市住之江区北加賀屋5-2-7					

対象者欄	対象者	1 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 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 8 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 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②	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 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 2 平成 3 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
-----	--

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	大阪府大阪市北区中之島3-3-23
	事業所名称	サノヤスホールディングス株式会社
	事業主氏名	代表取締役社長 ○○ ○○ ㊞
	電話番号	06-4803-6161

受付日付印

回覧	常務理事	事務長	担 当	

サノヤス健康保険組合

令和6年12月