

健 保 使 用	常務理事	事務長	課長		担当者

健康保険 資格確認書  交 付 ・  減 失 届 申請書  
 再 交 付 ・  き 損 届

記号・番号	記号(左づめ) <input type="text"/> - <input type="text"/>	番号(左づめ) <input type="text"/>	生年月日
被保険者氏名	フリガナ <input type="text"/>		

対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 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	フリガナ氏名 <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/>	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	フリガナ氏名 <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/>	<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作っていないため 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紛失したため 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 : 資格確認書を減失・き損したため ※有効期限内の再交付につきましては、再交付手数料500円を徴収します。
-----	--

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 <input type="text"/>
	事業所名称 <input type="text"/>
	事業主氏名 <input type="text"/>
	電話番号 <input type="text"/>

受付日付印
-------

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

記入例

常務理事	事務長	課長		担当者

健康保険 資格確認書  交付 ・  滅失届 申請書  
 再交付 ・  き損届

記号・番号	記号(左づめ) 999 - 番号(左づめ) 123456	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	60 年	5 月	23 日
氏名	フリガナ 小田急 太郎					

対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input checked="" type="checkbox"/> 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	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 1 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 小田急 大和	生年月日 <input type="checkbox"/> 2 昭和 2 平成 3 令和 30 年 7 月 30 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 5 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 小田急 五月	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 63 年 5 月 29 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 8 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 <input type="checkbox"/> 昭和 2 平成 3 令和 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		

理由欄	1 : マイナンバーカードを作っていないため 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紛失したため 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 ※有効期限内の再交付につきましては、再交付手数料500円を徴収します。
-----	--

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
-------

社会保険労務士の提出代行者名記入欄
-------------------