承認	常務理事	事務長	主任	係員	承認	令和　年　月　日
					(再)交付	令和　年　月　日

健康保険　資格確認書（再)交付申請書

被保険者の情報を記入してください

資格確認書の(再)交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報				
記号・番号	記号(左づめ) 1	番号(左づめ) 1 2 3 4 5 6	生年月日 1 1昭和 2平成 3令和 6 2 年 0 4 月 1 3 日	
氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保　太郎			
郵便番号	6 0 1 8 5 2 0	電話番号	0 7 5 3 1 6 3 1 9 6	
住所	京都 都 道 府 県	京都市南区吉祥院西ノ庄猪之馬場町1		

該当する発行対象者の番号を右記より選択し入力し

対象者欄				
対象者	3	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		
被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 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 ケンポ ハナコ 氏名 健保　花子	生年月日 1 1昭和 2平成 3令和 6 3 年 0 1 月 1 1 日	申請理由 3 下記、理由欄より必ず選択ください	
被扶養者②	フリガナ ケンポ ジロウ 氏名 健保　次郎	生年月日 2 1昭和 2平成 3令和 1 5 年 0 2 月 2 2 日	申請理由 7 下記、理由欄より必ず選択ください	

発行対象者全員の情報を入力してください

発行対象者全員の申請理由を理由欄
力してください

理由欄
1 ： マイナンバーカードを紛失したため
５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 ： その他【　】

受付日付印