

健康保険 資格確認書（再）交付申請書（被保険者連記）

被保険者のみの連記版です。電子申請の際、資格確認書の交付要否が選択できない場合に、申請にPDFファイルを添付してご提出ください。

有効な健康保険証を有している方は申請できません。

事業所記号		77		
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。			受付日付印
	事業所所在地	東京都〇〇区〇〇町1-2-3		
	事業所名称	〇〇〇〇株式会社		
	事業主氏名	代表取締役社長 東京 吾郎		
	電話番号	03-1234-5678		
社会保険労務士の提出代行者名記入欄				

被保険者1	被保険者等番号	12	生年月日	2 1 昭和 2 平成 3 令和 10 年 12 月 01 日	申請理由	4 下記、理由欄より必ず選択ください
	フリガナ 氏名	デンシ タロウ 電子 太郎				

被保険者2	被保険者等番号	15	生年月日	1 1 昭和 2 平成 3 令和 55 年 05 月 10 日	申請理由	5 下記、理由欄より必ず選択ください
	フリガナ 氏名	ケンボ ハナコ 健保 花子				

被保険者3	被保険者等番号		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
	フリガナ 氏名					

被保険者4	被保険者等番号		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
	フリガナ 氏名					

被保険者5	被保険者等番号		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
	フリガナ 氏名					

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