

|      |     |  |     |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担 当 |
|      |     |  |     |

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 | 健康保険<br>記号・番号               | 記号                    | 番号 | 生年月日                                               |
|        |                             |                       |    | <div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> <div>年 月 日</div> |
|        | 氏名                          | フリガナ                  |    |                                                    |
|        |                             |                       |    |                                                    |
|        | 住民票住所                       | 〒 - 都 道<br>府 県 電話 ( ) |    |                                                    |
|        | 希望送付先<br>(住民票住所<br>以外の場合のみ) | 〒 - 都 道<br>府 県 電話 ( ) |    |                                                    |

|        |       |                                                                       |    |                                                    |
|--------|-------|-----------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------|
| 交付対象者欄 | 対象者   | <div>1 被保険者(本人)分のみ<br/>2 被扶養者(家族)分のみ<br/>3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分</div> |    |                                                    |
|        | 被保険者  | フリガナ<br>氏名                                                            | 続柄 | 生年月日                                               |
|        |       | 同上                                                                    | 本人 | 同上                                                 |
|        |       |                                                                       |    |                                                    |
|        |       |                                                                       |    |                                                    |
|        | 被扶養者① | フリガナ<br>氏名                                                            | 続柄 | 生年月日                                               |
|        |       |                                                                       |    | <div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> <div>年 月 日</div> |
|        |       |                                                                       |    |                                                    |
|        | 被扶養者② | フリガナ<br>氏名                                                            | 続柄 | 生年月日                                               |
|        |       |                                                                       |    | <div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> <div>年 月 日</div> |
|        |       |                                                                       |    |                                                    |
|        | 被扶養者③ | フリガナ<br>氏名                                                            | 続柄 | 生年月日                                               |
|        |       |                                                                       |    | <div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> <div>年 月 日</div> |
|        |       |                                                                       |    |                                                    |

|     |                                                                                                                  |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理由欄 | 1 : マイナンバーカードを紛失したため<br>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため<br>3 : 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<br>4 : 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。 | 受付日付印 |
|                | 事業所所在地                          |       |
|                | 事業所名称<br>事業主氏名                  |       |
| 社会保険労務士<br>記載欄 |                                 |       |

【送付先】  
〒065-8631 北海道札幌市東区北5条東8-1-33  
SATO社会保険労務士法人 マイクロソフト健康保険組合担当