

健康保険 資格確認書〈ハガキ型〉 (再) 交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係員	交付者印

記号-番号 記号 番号		被保険者の氏名 (氏) (名)		生年月日 昭和 平成 年 月 日	
資格取得年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		被保険者の住所 〒 -		電話番号 () -	

- ◎ 交付申請の対象となる人の氏名を記入してください。
- ◎ き損による再交付の場合は、き損した資格確認書を添付してください。

対象者	フリガナ 氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	申請理由 下記の理由欄1~8より 必ず選択ください
対象者①								
対象者②								
対象者③								
対象者④								

(ナオリ健康保険組合用紙)

理由欄	<ul style="list-style-type: none"> 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 <p>※ 資格確認書の交付は、上記1~8の理由に該当する場合に限りです。</p>
-----	--

年 月 日 提出

[受付印]

上記のとおり、被保険者から資格確認書の交付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	() -

社会保険労務士の提出代行者名記入欄