

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提出ください。

提出日：令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	個 人 番 号 (マイナンバー)												個人番号または記号・番号 のいずれかを記載してください。			
	記号			番 号				氏 名								
								(フリガナ)					昭和 平成 令和 年 月 日			
住 所		〒 - 電話番号 ()														

再 交 付 が 必 要 な 方	☒ 欄	再 交 付 が 必 要 な 方 の 氏 名	生 年 月 日			続 柄	申 請 理 由
	☐	被 保 険 者 分				本 人	☐ 下 記 理 由 欄 よ り 必 ず 選 択
	被 扶 養 者		昭和 平成 令和 年 月 日		☐ 下 記 理 由 欄 よ り 必 ず 選 択		
			昭和 平成 令和 年 月 日		☐ 下 記 理 由 欄 よ り 必 ず 選 択		
			昭和 平成 令和 年 月 日		☐ 下 記 理 由 欄 よ り 必 ず 選 択		

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	
	8 : 資格確認書を滅失・き損したため	

事 業 主 欄	事 業 所 在 地	〒 -
	事 業 所 称	
	事 業 主 名	
	電 話 番 号	

社会保険労務士の 提出代行者印	
--------------------	--

常務理事	事 務 長			担 当

受付日付印

パレット健康保険組合
(2024.12.2)