

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

① 被保険者情報	記号・番号	記号	番号
	氏名	フリガナ	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日

② 対象者欄	対象者	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(家族)分	
	申請理由 ③の理由欄より必ず選択してください	被保険者 フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上
	申請理由 ③の理由欄より必ず選択してください	被扶養者① フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
	申請理由 ③の理由欄より必ず選択してください	被扶養者② フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
	申請理由 ③の理由欄より必ず選択してください	被扶養者③ フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日

③ 理由欄	1 : マイナンバーカードを紛失または更新手続き中のため
	2 : 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
	3 : マイナンバーカードを返納したため
	4 : 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
	5 : 資格確認書を滅失・き損したため

④ 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。	受付印
	〒 ー	
	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	
-----------------------	--

【注意事項】この届出書に副(控)はありません。届出書のコピーを送付いただいた場合も返却いたしません。

サンケン電気健康保険組合

20250801