

|      |     |    |    |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
|      |     |    |    |

(記入例) 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<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 提出日            | 令和 6 年 12 月 5 日                            |   |      |      |                     |                             |  |  |
|                            | 被保険者等<br>記号・番号 | 99                                         | — | 9999 | 生年月日 | 昭和・平成 55 年 12 月 1 日 |                             |  |  |
|                            | 氏名             | フリガナ ケンポ タロウ<br>健保 太郎                      |   |      |      |                     | 被保険者等の記号・番号が不明な場合は未記入で結構です。 |  |  |
|                            | 住民票住所          | 〒999-9999<br>東京都中央区京橋99-99-99 京橋マンション9999号 |   |      |      |                     |                             |  |  |
|                            | 電話番号           | 99 ( 9999 ) 9999                           |   |      |      |                     |                             |  |  |

|                            |            |                       |      |                                 |    |   |    |    |      |                 |
|----------------------------|------------|-----------------------|------|---------------------------------|----|---|----|----|------|-----------------|
| 交<br>付<br>対<br>象<br>者<br>欄 | 交付対象者<br>① | フリガナ ケンポ タロウ<br>健保 太郎 | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>55 年 12 月 1 日 | 性別 | 男 | 続柄 | 本人 | 申請理由 | 下記、理由欄より選択<br>4 |
|                            | 交付対象者<br>② | フリガナ ケンポ ハナコ<br>健保 花子 | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>55 年 4 月 1 日  | 性別 | 女 | 続柄 | 妻  | 申請理由 | 下記、理由欄より選択<br>4 |
|                            | 交付対象者<br>③ | フリガナ ケンポ ケンタ<br>健保 健太 | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>6 年 12 月 1 日  | 性別 | 男 | 続柄 | 長男 | 申請理由 | 下記、理由欄より選択<br>5 |
|                            | 交付対象者<br>④ | フリガナ                  | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日         | 性別 |   | 続柄 |    | 申請理由 | 下記、理由欄より選択      |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理<br>由<br>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<br>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<br>5 : マイナンバーカードを作っていないため<br>6 : マイナンバーカードを返納したため<br>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<br>8 : 資格確認書を滅失・毀損したため |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| 送<br>付<br>先 | 事業所部署(社内便) 被保険者住民票住所(郵送) ・ その他( ) |
|-------------|-----------------------------------|

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| 事<br>業<br>主<br>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。 |
|                  | 事業所所在地                          |
|                  | 事業所名称<br>事業主氏名                  |
|                  | 電話番号                            |

受付日付印

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 社会保険労務士記載欄 |                 |
| 氏 名 等      | 社会保険労務士の<br>証明欄 |