

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

常務理事	事務長	担当者

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	記号・番号	記号		番号		記号・番号または個人番号のいずれかを記載ください。															
	個人番号 (マイナンバー)	生年月日																			
	氏名	フリガナ																			
	郵便番号	電話番号		ハイフンなし 左詰め																	
	住所	都 道 府 県																			

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	
対象者欄	被保険者 フリガナ 氏名	生年月日 同上	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
	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 下記、理由欄より必ず選択ください
	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 下記、理由欄より必ず選択ください
	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	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄

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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印