

令和7年12月1日までの経過措置期間分

常務理事	事務長	担当	担当

## 健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

記号番号	1234 — 56789	生年月日	昭和 平成 〇〇年 △△月 〇〇日 令和
被保険者氏名	健保 元気		

再交付が必要な方				
氏名	生年月日	続柄	交付の理由	健保記入
健保 良子	昭和 平成 〇〇年 △△月 〇〇日 令和	妻	下記、交付理由欄より 番号を選択して記入 6	徴収 非徴収
	昭和 平成 令和 年 月 日		下記、交付理由欄より 番号を選択して記入	徴収 非徴収
	昭和 平成 令和 年 月 日		下記、交付理由欄より 番号を選択して記入	徴収 非徴収
	昭和 平成 令和 年 月 日		下記、交付理由欄より 番号を選択して記入	徴収 非徴収
交付理由欄				
1 : マイナンバーカードを紛失した・更新手続き中のため 2 : 第三者が要配慮者等※に同行して資格確認を補助する必要があるため ※マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者をいう。 3 : 資格確認書をき損したため 4 : 保険証をき損したため 5 : 資格確認書を紛失したため 6 : 保険証を紛失したため			5・6の交付理由の場合 交付料(1枚 1,000円)を 給与から控除いたします。	

令和 年 月 日
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

受付年月日