

健康保険 資格確認書 再交付申請書

資格確認書の再交付を希望する場合にご使用ください。再発行手数料として¥1,000を給与天引きいたします。

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	□□□□ □□□□ □□□□	※記入必須 社員番号 (8桁)	87654321
	記号・番号	記号(左づめ) 番号(左づめ) 1□-1234	個人番号または記号・番号の いずれかを記載ください。	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 60年11月20日
	氏名	フリガナ フジ タロウ 富士 太郎		
	郵便番号	4670065	電話番号	052-831-3385
	住所	都道府県 愛知 名古屋市瑞穂区松園町2-32-1		

対象者欄	対象者	2	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	
	被保険者 氏名	フリガナ フジ 氏名 同上	生年月日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被扶養者① 氏名	フリガナ フジ ハナコ 氏名 富士 花子	生年月日 2 昭和 2 平成 3 令和 27年09月16日	申請理由 1 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被扶養者② 氏名	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被扶養者③ 氏名	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください

理由欄	1.紛失 2.盗難 3.破損 4.その他 ()
	※ 紛失・盗難の場合は、滅失届・誓約書を添付、破損した場合は、原本を添付してください。
	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
	事業所印

確認欄 <input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
--	--