



特例退職被保険者・任意継続被保険者

健康保険 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

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日提出

申請者欄	記号・番号	記号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	生年月日	昭和 平成 令和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日
	フリガナ	ミズホ タロウ			
	氏名	みずほ 太郎		〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇〇〇			
対象者欄	申請対象者 ※該当するものにチェック	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input checked="" type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分			
	被保険者	フリガナ	続柄	生年月日	申請理由
		氏名	本人	昭和 平成 令和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ	続柄	生年月日	申請理由
		氏名	妻	昭和 平成 令和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	A 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ	続柄	生年月日	申請理由
		氏名	交付希望者のみご記入ください		昭和 平成 令和 年 月 日
	被扶養者③	フリガナ	続柄	生年月日	申請理由
		氏名		昭和 平成 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者④	フリガナ	続柄	生年月日	申請理由
氏名			昭和 平成 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください	
理由欄	A マイナンバーカードを紛失した、更新中のため B マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の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 C マイナンバーカードを取得していないため D マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていないため E マイナ保険証の利用登録解除を申請したため(登録解除者) F 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 G マイナンバーカードを返納したため H 資格確認書を滅失・き損したため				

受付日付印

みずほ健保 事務処理欄	処理日	常務理事	事務長	次長	担当	再鑑
	令和 年 月 日					