

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			申請日		令和	年	月	日
被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)				個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。			
	記号・番号	記号(左つめ)		番号(左つめ)		生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		
	氏名	フリガナ						
	郵便番号			電話番号				
	住所	都 道 府 県						
対 象 者 欄	被保険者情報欄に記入のときは不要		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			
	記号	番号	フリガナ		生年月日		申請理由	
	被 保 険 者		氏名		同上		下記、理由欄より必ず選択ください	
	被 扶 養 者 ①		氏名		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日			