

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書
Application Form for Issue Certification of Health Insurance Eligibility

常務理事	事務長		担当
------	-----	--	----

This field is stamped by the Health Insurance Society, so you do not need to write anything in this field.

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください
Please use this form if you wish to receive a Certification of Health Insurance Eligibility

申請日	年	月	日
Date of Application	YYYY	M	D

被保険者情報	記号・番号 (Number of the Health Insurance)	記号 番号	GUI	生年月日 (Japanese imperial year Birthday)
	氏名 Insured's (Claimant) name and Signature	フリガナ 印 (自署の場合は省略可)		
	郵便番号 Insured's Postal Code	電話番号 Telephone Number		
	住所 Insured's Address	都 道 府 県		

対象者欄	対象者 Those who need Certification of Eligibility	1 被保険者 (本人) 分のみ Only Insured 2 被扶養者 (家族) 分のみ Only dependant(s) 3 被保険者 (本人) および被扶養者 (家族) 分 Insured and dependant(s)		
	被保険者	フリガナ 氏名 Name registered in health insurance Society	生年月日 Birthday	申請理由 Reason for Application
	被扶養者 ①	フリガナ 氏名 Name registered in health insurance Society	生年月日 Japanese imperial year Birthday	申請理由 Reason for Application
	被扶養者 ②	フリガナ 氏名 Name registered in health insurance Society	生年月日 Japanese imperial year Birthday	申請理由 Reason for Application

理由欄 (Reason Column)	1 : マイナンバーカードを紛失したため Due to loss of my number card 2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため My Number card is in the process of being renewed. 3 : 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 Because the electronic certificate of My Number card has expired 4 : マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため I have a My Number card but have not registered to use my health insurance card 5 : マイナンバーカードを作っていないため Because I have not made My Number card. 6 : マイナンバーカードを返納したため Due to return of My Number card 7 : マイナ保険証による受診には第三者 (介助者など) のサポートが必要なため Because a third party (e.g. caregiver) support is required to receive a medical examination. 8 : 資格確認書を滅失・き損したため Because of loss or damage to the Certification of Health Insurance Eligibility
---------------------	---

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
	The corporation/company will fill out the form, so you do not need to write anything.

受付日付印 Date of acceptance by the health insurance Society
--

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	Social Insurance and Labor Service Corporation will fill out the form, so you do not need to write anything.
-----------------------	---