健康保険　資格確認書（再）交付申請書

記入例

常務理事	事務長	担当

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

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）：10　番号（左つめ）：1234	生年月日：2（1 昭和 2 平成 3 令和）28年 04月 11日
氏名	フリガナ：シナガワ タロウ 品川　太郎	
郵便番号：111-1111	電話番号：03-1234-5678	
住所	東京 都 道 府 県　品川区大崎〇-〇-〇	

対象者欄

対象者	1	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	フリガナ 氏名：同上	生年月日：同上	申請理由：8　下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日：1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	申請理由：下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日：1 昭和 2 平成	申請理由：下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者③	フリガナ 氏名		記、理由欄より選択ください

※滅失による再交付の場合は手数料がかかります。
ご注意ください！

理由欄

1 ： マイナンバーカードを紛失したため
2 ： マイナンバーカードの更新手続き中のため
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
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
5 ： マイナンバーカードを作っていないため
6 ： マイナンバーカードを返納したため
7 ： マイナ保険証による受診には第三者（介助者等）のサポートが必要なため
8 ： 資格確認書を滅失・き損したため

※滅失の際は再交付1枚につき手数料1,000円のお振込みが必要です。お振込み確認後の交付となります。
必ず被保険者名義でご入金ください。き損のための再交付申請であるときはお振込み不要です。き損した証を添付してください。
※振込手数料はご本人様でご負担ください。

振込先：三菱UFJ銀行【0005】 本店【001】 普通　0017074　ローソン健康保険組合

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

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

ローソン健康保険組合