

【健保組合使用欄】

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係	有効期限
						・

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。

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
	フリガナ		
	氏名		
郵便番号		電話番号	
住所	都 道 府 県		

対象者欄	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	
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日

理由欄	申請理由	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	申請理由	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	申請理由	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	申請理由	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	申請理由	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	申請理由	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	申請理由	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	申請理由	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください

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。	(6.11) 受付日付印
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号		
社会保険労務士の提出代行名記入欄		