

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	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日						
	記号・番号	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
	氏名	(フリガナ)							
	住所	(〒	-	)	都 道	府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	( )								

チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	(再) 交付の理由
<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人) の 交付希望は <input checked="" type="checkbox"/>	被保険者 (本人) 分	同上	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より 必ず選択ください
被扶養者 ①		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より 必ず選択ください
被扶養者 ②		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より 必ず選択ください
被扶養者 ③		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より 必ず選択ください

理 由 欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 : マイナンバーカードを紛失したため</li> <li>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>5 : マイナンバーカードを作っていないため</li> <li>6 : マイナンバーカードを返納したため</li> <li>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</li> <li>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</li> </ul>
-------------	---

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

常務理事	事務長			

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄