

常務理事	事務長	担当者

## 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。

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号	番号	社員No.	
	フリガナ			生年月日	
	氏名			昭和 平成 年 月 日	
	住所	〒			
	電話番号	(日中の連絡先) — —			
所属部署	社名 (任意継続被保険者の方は記入不要)	支店または部署名			
(再)交付対象者の情報	氏名	生年月日		続柄	申請理由 (以下理由欄より数字を記入してください)
		昭和 平成 令和	年 月 日		
		昭和 平成 令和	年 月 日		
		昭和 平成 令和	年 月 日		
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ため 4 : マイナンバーカードは持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため 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(介助者など)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 ➡【滅失の場合は、以下項目にも記入してください。】				

滅失した資格確認書の再交付料として、下記の金額をお支払いいたします。

1,000 円 × 枚 = 円

**【資格確認書発見時返納等の誓約】**

上記の届書に記載したとおり資格確認書を滅失しましたが、この資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名(自署)

上記のとおり被保険者から交付申請がありましたので届出いたします。

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 提出代行者印	
--------------------	--