

常務理事	事務長		

被保険者
被扶養者 **資格確認書・資格情報のお知らせ(再)交付申請書**

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	※個人番号または記号・番号のいずれかをご記入ください。
	記号・番号	記号	番号	生年月日	
	氏名	フリガナ			

対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分
-----	---

※交付の理由を下記より選択してください

フリガナ 氏名	生年月日	交付する証	理由
被保険者 同上	同上	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
被扶養者 フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
被扶養者 フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
被扶養者 フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	

交付理由	1 マイナンバーカードの更新または電子証明書発行手続き中のため 2 マイナンバーカードを返納したため 3 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 4 滅失・き損したため 5 盗難にあったため (盗難届出日: 年 月 日 届出場所:) 6 その他 () ※資格確認書の発行には、発行手数料500円がかかります。	受理番号:)
------	---	------------

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	
-----------------------	--