

健康保険 デジタル資格確認書 交付申請書

常務理事	事務長	担当	担当

マイナンバーカード紛失のため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)			
	記号・番号	記号 (左づめ) 番号 (左づめ)		生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
	氏名	フリガナ		
	郵便番号		日中繋がる電話番号	
	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 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 マイナンバーカードを 紛失したため
	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 マイナンバーカードを 紛失したため
	被 扶 養 者 ②	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 マイナンバーカードを 紛失したため
	被 扶 養 者 ③	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 マイナンバーカードを 紛失したため

備考欄

マイナンバーカード紛失のため資格確認書の交付を希望する方専用の申請書です。

健保組合で申請受付完了後、デジタル資格確認書の利用開始について電話連絡いたします。

健保組合からの電話（052-951-4907）には必ず対応してください。

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。	
	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 提出代行者名記入欄		

受付日付印