

健康保険 資格確認書 交付申請書【扶養申請用】

被扶養者認定申請時に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 欄	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/>	番号(左つめ) <input type="text"/>	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
	氏名	フリガナ -----		

対 象 者 欄	被扶養者① 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	申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者② 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	申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③ 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	申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者④ 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	申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

理 由 欄	短期	1 : 出生によるマイナンバーカード作成中のため 2 : マイナンバーカードを紛失したため 3 : マイナンバーカードの更新手続き中のため
	長期	4 : 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 5 : 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 6 : マイナンバーカードを作っていないため 7 : マイナンバーカードを返納したため 8 : 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 9 : 資格確認書を滅失・き損したため