

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書  
Application Form for Issue Health Insurance  
Eligibility Certification document

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

This field is stamped by the Health Insurance Society, so you do not need to write anything in this field.

申請日 2 0 2 ● 年 12 月 6 日  
Date of Application YYYY M D

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

Please use this form if you wish to receive a Certification of Health Insurance Eligibility

記号・番号が不明の場合は、GUIのみご記入下さい。(GUIは必須)

If you don't know Number of Health Insurance Number, just write down GUI.

被 保 険 者 情 報	記号・番号 (Number of the Health Insurance) (入社前・不明な場合は記載不要)	記号 番号 資格確認書参照。新入社員・不明時は記入不要。New employees do not have to write. If you don't know please write down GUI.	GUI(記入必須) 0000001	生年月日 (Japanese imperial year Birthday) 2 1 昭和 0 1 年 0 3 月 3 1 日
	氏名 Insured's(Claimant)name and Signature	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		
	郵便番号 Insured's Postal Code	300-0000	電話番号 Telephone Number	03-3503-3478
	住所 Insured's Address	〇〇 都 道 〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション 〇〇〇号室 府 県		

対 象 者 欄	対象者 Those who need Certification of Eligibility	3 1 被保険者(本人)分のみ Only Insured 2 被扶養者(家族)分のみ Only dependant(s) 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 Insured and dependant(s)		
	被 保 険 者	フリガナ 氏名 Name registered in health insurance Societv 同上	生年月日 Birthday 同上	申請理由 Reason for Application 1 下記、理由欄より必ず選択くださいPlease be sure to select from the Reason column below.
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名 Name registered in health insurance Societv ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日 Japanese imperial year Birthday 3 1 昭和 0 3 年 1 2 月 0 6 日	2 申請理由 Reason for Application 2 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 Name registered in health insurance Societv	生年月日 Japanese imperial year Birthday	申請理由 Reason for Application 下記、理由欄より必ず選択ください

理 由 欄 ( R e a s o n C o l u m n )	1 : マイナンバーカードを紛失したため Due to loss of my number card 2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため My Number card is in the process of being renewed. 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 Because the electronic certificate of My Number card has expired 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 I have a My Number card but have not registered to use my health insurance card 5 : マイナンバーカードを作っていないため Because I have not made My Number card. 6 : マイナンバーカードを返納したため Due to return of My Number card 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 Because a third party (e.g. caregiver) support is required to receive a medical examination. 8 : 資格確認書を滅失・き損したため Because of loss or damage to the Certification of Health Insurance Eligibility
---	---

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 The corporation/company will fill out the form, so you do not need to write anything.
	事業主氏名 電話番号

受付日付印 Date of acceptance by the health insurance Society
--

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	Social Insurance and Labor Service Corporation will fill out the form, so you do not need to write anything.
-----------------------	---

EY Japan 健康保険組合