健康保険　資格確認書（再）交付申請書
兼　新規資格取得時 申請確認書

＊（再）交付申請書：①③を記入ください
新規資格取得時 申請確認書：①②を記入ください。但し、記号・番号欄の記入は不要です

①被保険者情報	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	□□□□□□□	電話番号 □□□□□□□□□□□□
	住所	都道 府県	

②申請確認	1 or 2 を選択して○を付けてください	1：「資格確認書」の発行を申請しない。（マイナ保険証を所持しているため） →健保HPから「資格情報のお知らせ」により記号番号等をご確認ください
		2：「資格確認書」の発行を申請する。　申請理由 □ 下記、理由欄より必ず選択ください

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
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

③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 同上	生年月日 同上	申請理由 □ 上記、理由欄より必ず選択ください
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 □ 上記、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 □ 1 昭和 2 平成 3 令和 □□年 □□月 □□日	申請理由 □ 上記、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 □ 1 昭和 2 平成 3 令和 □□年 □□月 □□日	申請理由 □ 上記、理由欄より必ず選択ください

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

受付日付印

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合　殿

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	