

常務理事	事務長	係	係

健康保険 資格確認書 交付申請書

被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)	被保険者証の記号・番号を記入された場合には個人番号 (マイナンバー)の記載は必要ありません		
	被保険者証の記号・番号	—	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	フリガナ			
	氏名			
	郵便番号	—	電話番号	— —
	住所	都道 府県		

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		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	氏名			
被 扶 養 者	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	氏名			
	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	氏名			
	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	氏名			
フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
氏名				

交 付 理 由	1 マイナンバーカードを紛失した・更新中のため 2 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 3 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 4 マイナンバーカードを作っていないため 5 マイナンバーカードを返納したため 6 マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して、資格確認を補助する必要があるため 7 マイナンバーカードの被保険者証利用初期登録を解除したため 8 その他（ ）
------------------	---

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提出します。（任意継続の方は記入不要）

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