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	ー	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
	フリガナ			
	氏名			
	郵便番号	ー	電話番号	ー　　ー
	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			

交付理由	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

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　　ー　　ー

受付日付印

7.6.1