

常務理事	事務長	担当者

事業主 確認欄	各長	担当者

## 健康保険資格確認書 交付・再交付 申請書

資格確認書の交付または再交付を希望する場合に届出ください

申請日 年 月 日

被保険者 記号番号	【記号】	【番号】	電話 番号	トール:
	—			他 :
所属				
被保険者 氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 -			

※下記、申請理由より選択のうえ必ずご記入ください

交付対象者	氏名	続柄	生年月日	※申請理由
			昭和 平成 令和 年 月 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日	

### ※申請理由

- 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