常務理事	事務長	担当者

事業主確認欄	各長	担当者

【移籍異動・再雇用】

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 令和　　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	〒　　－		

該当する方に日にちをご記入ください

移籍異動	再雇用
令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日

※下記、申請理由より選択のうえ必ずご記入ください

	氏名	続柄	生年月日	※申請理由
交付対象者			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	

●マイナ保険証の利用登録をされている方は、資格確認書の交付を行っておりませんので
ご申請いただくことは出来ません。

※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