

常務理事	事務長	担当者

事業主 確認欄	各長	担当者
	記入見本	

## 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 6 年 12 月 10 日

被保険者 記号番号	【記号】 1000	【番号】 2015000	電話番号	トール： 80-1234
			他：	
所属	人事労務部〇〇〇グループ			
被保険者 氏名	北電 太郎		生年 月日	昭和平成 5 年 5 月 5 日
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 札幌市中央区南〇条西〇丁目1-23-405			

※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
	北電 太郎	本人	昭和平成令和 5 年 5 月 5 日	1
	北電 花	長女	昭和平成令和 6 年 10 月 5 日	4
			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