

健康保険 任意継続被保険者 資格確認書 (再)交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ)		番号(左づめ)		生年月日													
							1 昭和 2 平成 3 令和		年		月		日						
	氏名	フリガナ																	
	郵便番号				—				電話番号				—				—		
住所	都 道 府 県																		

対象者欄	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 氏名	生年月日		申請理由								
		同上	同上		☐ 下記、理由欄より必ず選択ください								
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日		申請理由								
			☐ 1 昭和 ☐ 2 平成 ☐ 3 令和		☐ 下記、理由欄より必ず選択ください								
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日		申請理由									
		☐ 1 昭和 ☐ 2 平成 ☐ 3 令和		☐ 下記、理由欄より必ず選択ください									
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日		申請理由									
		☐ 1 昭和 ☐ 2 平成 ☐ 3 令和		☐ 下記、理由欄より必ず選択ください									

理由欄	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

受付日付印