

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) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	番号(左づめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/>	
	氏名	フリガナ			
	郵便番号	郵便番号 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	住所	都道府県 都 道 府 県			
対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/>	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 氏名	フリガナ	生年月日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者① 氏名	フリガナ	生年月日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者② 氏名	フリガナ	生年月日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	
被扶養者③ 氏名	フリガナ	生年月日	申請理由 <input type="checkbox"/> 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