部 長	課 長	係 長	担当者

健康保険任意継続 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 5001 － 番号(左づめ)		生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	
個人番号（マイナンバー）	－ －			
氏名	フリガナ	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		
申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください	被保険者 フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	
申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください	被扶養者 フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	
申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください	被扶養者 フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	
申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください	被扶養者 フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	

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

組合使用欄	確認印	オンライン印	受付日付印