

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 5 0 0 1	番号(左づめ) 1 2 3 4 5	生年月日 昭和 平成 令和 1 1 年 1 1 月 1 1 日
	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 1 2 3 4		
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	電話番号	090 (1234) 5678
	住所	〒123-4567 東京 都 道 府 県 新宿区南元町〇丁目〇〇-〇〇		

対象者欄	対象者	1 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	フリガナ 被保険者 氏名 同上	生年月日	同上
	5 下記、理由欄より必ず選択ください			
	申請理由	フリガナ 被扶養者 氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	申請理由	フリガナ 被扶養者 氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
申請理由	フリガナ 被扶養者 氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
申請理由	フリガナ 被扶養者 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