

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	個人番号 (マイナンバー)													個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。											
	記号・番号	記号(左つめ)番号(左つめ) 999												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																								

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	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①	フリガナ 氏名													生年月日	1 昭和 2 平成 3 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②	フリガナ 氏名													生年月日	1 昭和 2 平成 3 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③	フリガナ 氏名													生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日												申請理由	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																							
-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業主欄	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	任意継続被保険者												受付日付印											
	社会保険労務士の 提出代行者名記入欄																								