

【任意継続被保険者用】

| | | | | |
|------|-----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 係長 | 係 |
| | | | | |

健康保険 資格確認書 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) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 個人番号または記号・番号の いずれかを記載してください。 | |
| | 記号・番号 | 記号 <input type="text" value="20"/> | 番号 <input type="text"/> | 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | |
| | 氏名 | フリガナ ----- | | | | |
| | 郵便番号 | <input type="text"/> | 電話番号 | - - | | |
| | 住所 | 都 道 府 県 | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------|-------|---|----------------------|--|--|----------------------|---|
| 対 象 者 欄 | 対象者 | <input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="text"/> | | 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | <input type="text"/> | 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 | フリガナ 氏名 | <input type="text"/> | | 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | <input type="text"/> | 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 | フリガナ 氏名 | <input type="text"/> | | 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | <input type="text"/> | 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 |

受付日付印