【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）	1234 5678 9101		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 20	番号 12345	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 60年 11月 01日
氏　名	フリガナ ケンポ　タロウ 健 保　太 郎		
郵便番号	111－0012	電話番号	06 － 1234 － 5678
住　所	大阪 都 道 府 県　〇〇〇△△△□□□2丁目65番地7号		

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		
被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 1 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

受付日付印