

常務理事	事務長	担当者

事業主 確認欄	各長	担当者
	記入見本	

健康保険資格確認書 交付・再交付 申請書

資格確認書の交付または再交付を希望する場合に届出ください

申請日 6 年 12 月 10 日

被保険者 記号番号	【記号】 1000	【番号】 2015000	電話 番号	トール: 80-1234
				他 :
所属	人事労務部〇〇〇グループ			
被保険者 氏名	北電 太郎		生年 月日	昭和 平成 5 年 5 月 5 日
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 札幌市中央区南〇条西〇丁目1-23-405			

※下記、申請理由より選択のうえ必ずご記入ください

交付対象者	氏名	続柄	生年月日	※申請理由
		北電 太郎	本人	昭和 平成 令和 5 年 5 月 5 日
	北電 花	長女	昭和 平成 令和 6 年 10 月 5 日	4
			昭和 平成 令和 年 月 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日	

●マイナ保険証の利用登録をされている方は、資格確認書の交付を行っておりませんのでご申請いただくことは出来ません。

※申請理由

- 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