

常務理事	事務長	係 員

資 格 確 認 書 交 付 申 請 書

被保険者の記号		被保険者の番号		被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日		性 別	
				(氏)	(名)	5. 昭 7. 平	年 月 日	1. 男 2. 女	

交 付 対 象 者 欄	氏 名		生 年 月 日		続 柄	性 別	申請理由番号
	(氏)	(名)	5昭. 7平. 9令 年 月 日				
	(氏)	(名)	5昭. 7平. 9令 年 月 日			1. 男 2. 女	
	(氏)	(名)	5昭. 7平. 9令 年 月 日				
	(氏)	(名)	5昭. 7平. 9令 年 月 日			1. 男 2. 女	
	(氏)	(名)	5昭. 7平. 9令 年 月 日				

申請理由欄に該当する番号を記入して下さい。 - マイナンバーカードを取得していない - マイナンバーカードを紛失した - マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない - マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ - マイナンバーカードの健康保険証の利用登録解除申請をした - マイナンバーカードを返納した - 資格確認書を滅失・き損した	上記内容を確認し、被保険者からの交付申請がありましたので届出いたします。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主(代表者) 
---	--

※ 5に該当する方は、「マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書」を添付して下さい。