

常務理事	事務長	担当者

資 格 確 認 書 交 付 申 請 書(任意継続用)

必要事項を記入し、資格確認書交付対象事由に該当する箇所に○または✓をして下さい。

被 保 険 者	記号		番号	
被保険者氏名	フリガナ		生年月日	昭 平 年 月 日
交付対象者氏名	フリガナ		生年月日	昭 平 令 年 月 日
	1. マイナンバーカードを取得していない			
	2. マイナンバーカードを紛失した			
	3. 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			
	4. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ			
	5. マイナンバーカードを返納した			
	6. 資格確認書を滅失・き損した			

上記に該当し、資格確認書が必要のため交付申請をいたします。

令和 年 月 日

合同製鐵健康保険組合 殿