|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|  |  |  |

資格確認書交付申請書

岡谷鋼機健康保険組合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請日：　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 被保険者 | 氏名 |  | | 保険証・記号 | 番号 |
| 生年月日 | 昭　　平　　：　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | |

理事長殿

※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | （フリガナ） |  | 該当するものに○　（申請理由補足欄参照）  　　1　2　3　4　5　6　7 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日　昭　平　令：　　　年　　　月　　　日 |
| ２ | （フリガナ） |  | 該当するものに○　（申請理由補足欄参照）  　1　2　3　4　5　6　7 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日　昭　平　令：　　　年　　　月　　　日 |
| ３ | （フリガナ） |  | 該当するものに○　（申請理由補足欄参照）  　1　2　3　4　5　6　7 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日　昭　平　令：　　　年　　　月　　　日 |
| ４ | （フリガナ） |  | 該当するものに○　（申請理由補足欄参照）  　1　2　3　4　5　6　7 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日　昭　平　令：　　　年　　　月　　　日 |
| ５ | （フリガナ） |  | 該当するものに○　（申請理由補足欄参照）  　　1　2　3　4　5　6　7 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日　昭　平　令：　　　年　　　月　　　日 |
| ６ | （フリガナ） |  | 該当するものに○　（申請理由補足欄参照）  　　1　2　3　4　5　6　7 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日　昭　平　令：　　　年　　　月　　　日 |
| ７ | （フリガナ） |  | 該当するものに○　（申請理由補足欄参照）  　1　2　3　4　5　6　7 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日　昭　平　令：　　　年　　　月　　　日 |
| （記載上の注意）  申請理由欄の  補足説明 | | 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  注）資格確認書の紛失時は資格確認書再交付申請書（旧被保険者証再交付申請書）を提出のこと | |