

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

北越コーポレーション健康保険組合御中

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)				
	記号・番号 生年月日	記号 ● ●		番号 ● ● ● ●	生年月日 1 1 昭和 2 平成 3 令和 ● ● 年 ● ● 月 ● ● 日
	氏名	フリガナ ホクエツ 北越		●●	
	郵便番号	9 5 0 - ● ● ● ●		電話番号	0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8
	住所	新潟県●●市●●1-1-1			

対象者欄	対象者	3 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 5 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 ホクエツ 北越	生年月日 3 1 昭和 2 平成 3 令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日	申請理由 5 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	

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 8 : 資格確認書を滅失・き損したため
-----	--

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。						受付日付印	
	事業所所在地 〒							
	事業所名称							
	事業主氏名							
電話番号								
送付先所在地(事業所所在地と異なる場合)								
新潟		長岡		市川		勝田	紀州	大阪