

健康保険 任意継続被保険者 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

下記のとおり資格確認書の交付ならびに送付について申請いたします。

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 ※ 任意継続加入時の申請の場合、退職時の記号番号を記入ください			生年月日 1 1 昭 平 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 北越	生年月日 3 1 昭 2 平 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 2 平 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			
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭 2 平 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

受付日付印