

# 任意継続 健康保険資格確認書（再）交付申請書

常務理事	事務長	担当者

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。	
	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/>		番号(左つめ) <input type="text"/>		
	氏名	フリガナ <input type="text"/>				
	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>		
	住所	都 道 府 県				

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/>	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	生年月日	申請理由
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

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

エクセディ健保使用欄	
理由	資格確認書有効期限
1.2.3	3ヶ月
4.5.6.7	5年
8	初回発行時の期限通り

## 受付日付印