

北陸電力健康保険組合

常務理事殿

承認	常務理事	事務長	担当・入力
承認日	令和	年	月 日
受付日	令和	年	月 日

令和 年 月 日

## 「資格確認書」交付・再交付申請書（任意継続者用）

被保険者氏名		生年月日	昭 平 令	年	月	日
--------	--	------	-------------	---	---	---

被保険者等	記号	9	8	番号		会社名	北陸電力健康保険組合
平日日中の連絡先						所属名	任意継続被保険者

下記理由により、以下の者の「資格確認書」交付を申請します。

被保険者との続柄		氏名（漢字）	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していないため（※1） <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているがマイナ保険証の利用登録を行っていないため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納またはマイナ保険証の利用登録を解除したため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れから2カ月以上経過したため（※1） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード本体の有効期限切れにより更新中のため（※1） <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失したため（市町村にて再交付申請日： 年 月 日） （紛失した経緯を具体的に記入ください。）			
<input type="checkbox"/> 発行済みの「資格確認書」を破損または紛失しマイナンバーカードを取得していないため（※2） <input type="checkbox"/> マイナ保険証での受診が困難で第三者が同行し資格確認を補助する必要があるため（要配慮者） <input type="checkbox"/> 申請により取得した「資格確認書」の更新のため（要配慮者）			
被保険者との続柄		氏名（漢字）	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していないため（※1） <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているがマイナ保険証の利用登録を行っていないため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納またはマイナ保険証の利用登録を解除したため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れから2カ月以上経過したため（※1） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード本体の有効期限切れにより更新中のため（※1） <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失したため（市町村にて再交付申請日： 年 月 日） （紛失した経緯を具体的に記入ください。）			
<input type="checkbox"/> 発行済みの「資格確認書」を破損または紛失しマイナンバーカードを取得していないため（※2） <input type="checkbox"/> マイナ保険証での受診が困難で第三者が同行し資格確認を補助する必要があるため（要配慮者） <input type="checkbox"/> 申請により取得した「資格確認書」の更新のため（要配慮者）			

※1 「資格確認書」には有効期限があります。有効期限内にマイナンバーカード取得または更新と健康保険証利用登録にご協力をお願いします。

※2 破損の場合は、発行済みの「資格確認書」を添付してください。