

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

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

被保険者等	記号				番号					会社名	
平日中の連絡先										所属名	

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)	申請区分
		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再発行
<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健康保険証の利用登録を行っていないため <input type="checkbox"/> マイナ保険証の登録解除・マイナンバーカードの返納・電子証明書の有効期限切れのため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの紛失・更新中のため <input type="checkbox"/> 発行済みの「資格確認書」を毀損・滅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 <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)	申請区分
		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再発行
<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健康保険証の利用登録を行っていないため <input type="checkbox"/> マイナ保険証の登録解除・マイナンバーカードの返納・電子証明書の有効期限切れのため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの紛失・更新中のため <input type="checkbox"/> 発行済みの「資格確認書」を毀損・滅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 <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と健康保険証利用登録にご協力をお願いします。

※2 毀損の場合は、発行済みの「資格確認書」を添付してください。