

# 資格確認書発行希望申請書 (新規・再交付)

常務理事	事務長	業務課長	扱者

令和 年 月 日 提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	
	社会保険労務士記載欄

被保険者の記号一番号	—	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
被保険者氏名			
住所	〒		

## 資格確認書発行希望者

<b>①</b>	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より必ず選択ください
<b>②</b>	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 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 9 : その他 ( )
-----	---