

**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		社会保険労務士記載欄
電話番号		

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 : マイナンバーカードを紛失したため</li> <li>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>5 : マイナンバーカードを作っていないため</li> <li>6 : マイナンバーカードを返納したため</li> <li>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</li> <li>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</li> <li>9 : その他 ( )</li> </ul>
-----	---