

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	担当者

健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届 <任継用>

健康保険の記号	健康保険の番号	生年月日
		5.昭和 年 月 日 7.平成
被保険者氏名 (変更後)	(フリガナ)	被保険者氏名 (変更前)

<p>資格確認書の交付を希望する場合は、下記の□に✓をいれ、資格確認書交付希望理由を右から選択して番号をご記入ください。資格確認書は、マイナンバーカードを取得していない方、健康保険証利用登録ができていない方、マイナンバーカードの電子証明が切れている方等に交付するものです。申請理由により交付しない場合もございますのでご了承ください。</p>			
資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	理由	

資格確認書交付希望理由
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取得していないため
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.その他 () ※左の()内に必ず理由を記載してください。

令和 年 月 日 提出

〒	被保険者住所
被保険者氏名	
電話番号	