

専務理事	事務長	部長	課長	担当者

健康保険 資格確認書 返納・例外事由該当届

被 保 険 者 情 報	個人番号（マイナンバー）				被保険者証の記号・番号を記入された場合には個人番号（マイナンバー）の記載は必要ありません
	被保険者等の記号・番号	-	生年月日	昭 和 平 成 年 月 日 令 和	
	氏名（カタカナ）				
	氏名（漢字）				
	郵便番号	-	電話番号	-	-
	住所	都道 府県			

対象者		1. 被保険者（本人）分のみ 2. 被扶養者（家族）分のみ 3. 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分			
被 保 険 者	氏名（カタカナ）	同上	生年月日	同上	
	氏名（カタカナ）		生年月日	昭 和 令 和 平 成 年 月 日	
被 扶 養 者	氏名（カタカナ）		生年月日	昭 和 令 和 平 成 年 月 日	
	氏名（カタカナ）		生年月日	昭 和 令 和 平 成 年 月 日	
	氏名（カタカナ）		生年月日	昭 和 令 和 平 成 年 月 日	
返 納 理 由	いずれかの番号に○印をつけてください				
	1 マイナンバーカードの再交付を受けたため				
	2 マイナンバーカードの被保険者証利用登録を行ったため				
	3 マイナンバーカードの電子証明書の有効期限を更新したため				
	4 その他（ ）				
例 外 事 由	いずれかの番号に○印をつけてください				
	1 マイナンバーカードを紛失した・更新中				
	2 マイナンバーカードの電子証明書の有効期限を経過した				
	3 マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して、資格確認を補助する必要がある				
	4 マイナンバーカードを返納した⇒返納日（ 年 月 日）				

例外事由1、2の場合、資格確認書を添付の上「資格確認書交付申請書」を提出願います（別途、短期資格確認書を発行します）

例外事由3、4の場合、引き続き資格確認書をお持ちください

上記のとおり被保険者から返納・例外事由該当の申出がありましたので提出します。（任意継続の方は記入不要）

受付日付印

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

- -