

記入例

※この書類は、資格取得届・被扶養者異動届の対象者に、マイナ保険証非保有者がいる場合に添付してください。
(世帯ごとに記入してください)

理 由 書

下記の理由により、資格確認書の交付を希望します。

記号・番号 ※枝番号記入不要	記号 25	番号 234	
対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
交付対象者欄	フリガナ 氏名 ゴタンダ イチロウ 被保険者 五反田 一郎	生年月日 1 昭和 0 2 年 0 1 月 0 3 日 2 平成 3 令和	申請理由 1 下記、理由欄より必ず選択ください
	フリガナ 氏名 ゴタンダ コタロウ 被扶養者① 五反田 小太郎	生年月日 1 昭和 2 8 年 0 6 月 0 1 日 2 平成 3 令和	申請理由 1 下記、理由欄より必ず選択ください
	フリガナ 氏名 被扶養者②	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
	フリガナ 氏名 被扶養者③	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

下記理由欄の1～7のうち該当する番号を選択してください。

理由欄	1 : マイナンバーカードの更新(申請)手続き中のため 2 : 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 3 : 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わないため 4 : マイナンバーカードを作らないため 5 : マイナンバーカードを返納したため 6 : 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 7 : その他() ※ やむを得ない理由がある場合に限りです。
-----	---

申請理由で「7：その他」を選択した場合は、理由を記入してください。

事業主欄	事業所所在地	東京都渋谷区神南1-2-34
	事業所名称	株式会社ケーピーエム
	事業主氏名	代表取締役 赤本 冬彦
	電話番号	03(3407)123 ×

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

シーイーシー健康保険組合