

資格確認書交付申請書

★記入漏れがあると発行が遅れる場合があります

記入日：令和 年 月 日

記号番号	記号	番号	事業所名	
被保険者氏名	フリガナ	性別	生年月日	
		男・女	昭和 平成 年 月 日	
住 所	〒 TEL ()			
対象者 <small>被保険者本人の場合 も記入してください</small>	氏名	性別	続柄	生年月日
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和 年 月 日
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和 年 月 日
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和 年 月 日
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和 年 月 日
理由 <small>該当する番号に○</small>	1：マイナンバーカードを紛失し、再交付手続き中のため			
	2：マイナンバーカードの有効期限が切れているため（ 更新中 ・ 更新予定なし）			
	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			

＊資格確認書の送付は事業所経由になります。

受付印

健康保険組合			
常務理事	事務長	課 長	担 当

事業所健保担当部署	
所属長	担 当