

# 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     |                |       |
|   | フリガナ                                  |     |          |                |       |
| 被保険者氏名  | フリガナ                                  | 性別  | 生年月日     |                |       |
|   |                                       | 男・女 | 昭和<br>平成 | 年              | 月     |
| 住 所   | 〒                                     |     |          |                |       |
|   |                                       |     | TEL ( )  |                |       |
| 対象者<br><br><small>被保険者本人の場合<br/>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<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |
|   | フリガナ                                  | 男・女 |          | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |
|   | フリガナ                                  | 男・女 |          | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |
|   | フリガナ                                  | 男・女 |          | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |
| 理由<br><br><small>該当する番号に○</small>                 | 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  |     |          |                |       |
|   | 8：マイナ保険証を持っておらず、経過処置期間内の健康保険証を紛失したため  |     |          |                |       |

\* 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 |
|           |    |