

## 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
住 所	〒				
対象者	氏名		性別	続柄	生年月日
	フリガナ		男・女		昭和 平成 令和
	フリガナ		男・女		昭和 平成 令和
	フリガナ		男・女		昭和 平成 令和
	フリガナ		男・女		昭和 平成 令和
被保険者本人の場合 も記入してください					
理由 該当する番号に○	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