

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 <u>被保険者本人の場合 も記入してください</u>	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 <u>該当する番号に○</u>	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