

常務理事	事務長	課長	係員

事業所	確認者	担当者

## 健康保険 資格確認書 交付申請書

申請日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)			
※ <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、対象者1人につき1枚、この申請書を提出してください。			
対象者	氏名	フリガナ	
	生年月日	昭・平・令          年          月          日	続柄
	申請理由	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より必ず番号を選択して記入してください。	
理由欄	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		

被保険者情報	被保険者の記号・番号	記号一番号	資格取得年月日	平          年          月          日
	被保険者氏名	フリガナ		
	被保険者が勤務している事業所			

事業主欄	令和 年 月 日 提出
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

決裁日付印	確認日付印	受付日付印