

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 checked="" 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 ケンボ タロウ 健保 太郎		
	生年月日	昭・ <b>平</b> ・令 ○○年 ○○月 ○○日	続柄	本人
	申請理由	<b>5</b> 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 1601 - 123456	資格取得年月日	平 <b>令</b> ○○年 ○○月 ○○日
	被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		
	被保険者が勤務している事業所	山崎製パン株式会社○○工場		

事業主欄	令和 年 月 日 提出	決裁日付印	確認日付印	受付日付印
	事業所所在地	東京都千代田区岩本町3-10-1		
	事業所名称	山崎製パン株式会社		
	事業主氏名	事業 太郎		
	電話番号	000-0000-0000		