

健康保険
資格確認書 交付申請書

常務理事	事務長	課長	係員

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)				個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。		
	記号・番号				生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		
	氏名	フリガナ					
	郵便番号			電話番号			
	住所	都 道 府 県					

交付対象者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分	交付対象が被 保険者の場合 の申請理由	下記、理由欄より必 ず選択ください
-------	--	---------------------------	----------------------------------

交付対象被扶養者欄	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より必 ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より必 ず選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より必 ず選択ください
	被扶養者④	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より必 ず選択ください

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 (経過措置期間中に氏名変更・生年月日訂正・保険証紛失等した場合を含む) 5 : マイナンバーカードを作っていないため (経過措置期間中に氏名変更・生年月日訂正・保険証紛失等した場合を含む) 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 : その他() ※保険証紛失の場合は、始末書を添付してください
-----	--

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	受付日付印
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄		