

# 健康保険 資格確認書 交付申請書

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	記号・番号	記号	番号	生年月日
	氏名	フリガナ		昭和 平成 令和
	郵便番号	電話番号		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	住所	都 道 府 県		

対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分			
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

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 8 : 資格確認書を滅失・き損したため
-----	---

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。		FEE・総務人事(確認者)
	事業所所在地		
	事業所名称 事業主氏名		
			受付日付印

決定伺	常務理事	係員	交付年月日
			年 月 日

記入例


健康保険 資格確認書 交付申請書

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	記号・番号 ※不明の場合は空欄	記号 100	番号 9999	生年月日 昭和 平成 令和	50年	6月	1日
	氏名	フリガナ キョクトウ タロウ 極東 太郎		事業所名	極東開発工業株式会社		
	郵便番号	663-8545	電話番号	0798-66-1000			
	住所	兵庫 都道 府 県 西宮市甲子園口6-1-45					

対象者	3	1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 5 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ キョクトウ ハナコ 氏名 極東 花子	生年月日 昭和 平成 令和 50年 4月 1日	申請理由 5 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 昭和 平成 令和	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 昭和 平成 令和	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	<p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</p>
-----	--

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。	FEE・総務人事(確認者)		受付日付印
	事業所所在地 大阪府大阪市中央区淡路町2-5-11 事業所名称 極東開発工業株式会社 事業主氏名 代表取締役社長 布原 達也			

決定欄	常務理事	係員	交付年月日
			年 月 日