

係	事務長	常務理事

健康保険 資格確認書交付申請書

申請日	令和 年 月 日	*A4用紙で印刷し、太枠内について事実を正確に記入下さい。訂正がある場合は二重線で抹消し、訂正印を押印下さい。(鉛筆での記入不可、裏紙印刷不可)					
被保険者等記号・番号		被保険者の氏名		生年月日	勤務する事業所名称	所属(テレNo.)	内線
記号	番号	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R			
被保険者の現住所							
〒 ー 都道 区市 府県 郡 TEL() ー							

対象者	氏名	続柄	申請理由	申請理由一覧
			<input type="checkbox"/> 右記の理由一覧より選択ください	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 (対象者が要介護の高齢者である、障害を持っているなど)
			<input type="checkbox"/> 右記の理由一覧より選択ください	
			<input type="checkbox"/> 右記の理由一覧より選択ください	
		<input type="checkbox"/> 右記の理由一覧より選択ください		

事業主の証明	
上記の申請について、事実と相違ないことを証明します。 また、この届出は①又は②の要件を満たしていると確認しました。	
①申請者本人(被保険者)が作成したものである。	
②記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している。	
令和 年 月 日	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	印

・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です)

備考欄

令和 年 月 日
事業所担当者:

※健保処理欄

健保受付日付印	確認書返送