

常務理事	事務局長	部 長	課 長	扱 者	

健康保険 資格確認書 交付申請書

下記の理由により、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 欄	記号・番号	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					

対 象 者 欄	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		
	被 保 険 者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		同上	同上	下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
			1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	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	申請理由	
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	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	申請理由	
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	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持っていないため(紛失・更新手続き中・未作成・返納等) 2 : 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 3 : 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、又は解除申請をしたため 4 : 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
-------------	--

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から交付申請がありましたので提出します。	令和 年 月 日
	事業所所在地	受付日付印
	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	
-----------------------	--