

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 1100	番号 99	生年月日	2 ^{1 昭和 2 平成 3 令和} 01 年 05 月 06 日
	氏名	フリガナ カンダ シュン 神田 駿			
	郵便番号	190XXXX	電話番号	0901234XXXX	
	住所	東京 都 道 〇〇市××町5-5 府 県			

対 象 者 欄	対象者	3 ^{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 同上	生年月日 同上	申請理由 2 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	フリガナ カンダ メイ 氏名 神田 めい	生年月日 3 ^{1 昭和 2 平成 3 令和} 02 年 05 月 10 日	申請理由 1 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

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 6 年 12 月 13 日	受付日付印
	事業所所在地	東京都千代田区神田駿河台〇-〇	
	事業所名称	いろはに株式会社	
	事業主氏名	代表取締役 東京 太郎	
	電話番号	03 (3291) XXXX	

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--