

理事長	常務理事	事務長	担当

健康保険 資格確認書 交付申請書

① 被保険者情報	被保険者の記号・番号	被保険者の氏名		被保険者の生年月日			
	—	フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日
	被保険者の住所						
	〒						

② 希望対象者欄	被保険者	氏名	生年月日			交付希望理由	交付申請区分		
		フリガナ					新規	更新	
		同上	同上			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						③の理由欄より選択 該当する方に☑			
	被扶養者	氏名	生年月日			交付希望理由	交付申請区分		
		フリガナ	昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/>	新規	更新
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							③の理由欄より選択 該当する方に☑		
		フリガナ	昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/>	新規	更新
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					③の理由欄より選択 該当する方に☑				
フリガナ	昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/>	新規	更新		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					③の理由欄より選択 該当する方に☑				

※更新を選択された方の、有効期限切れの資格確認書は返却不要です。有効期限までご使用いただき、その後はご自身で破棄してください。

③ 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、または利用登録を解除したため
	5	マイナンバーカードを作っていない、または返納したため
	6	マイナ保険証による受診には第三者(介護者)の補助が必要なため

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いたします。	
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受付印