

常務理事	事務長			係

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 (申請者)情報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号	番号	フリガナ	フリガナ
	300	123456	ケンボ	ヨシオ
	(氏)		(名)	
	健保		良夫	
	住所		生年月日	
	〒 176 - 0001 東京都練馬区練馬〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室		☐ 昭和 ☒ 平成 5 年 6 月 24 日	
事業所	名称		所在地	
	総合警備保障株式会社		〒 107 - 8511 東京都港区元赤坂1-6-6	
	所属		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など	
	〇〇〇支社 □□□営業所		□□□ — △△△△ — ××××	

交付対象者欄	対象者	☐ 被保険者(本人)分のみ ☐ 被扶養者(家族)分のみ ☒ 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分			
	被保険者	フリガナ	ケンボ ヨシオ	生年月日	申請理由
		氏名	健保 良夫	同上	3 下記、理由欄より必ず選択してください
	被扶養者①	フリガナ	ケンボ ハナコ	生年月日	申請理由
		氏名	健保 花子	☐ 昭和 ☒ 平成 7 年 4 月 20 日 ☐ 令和	3 下記、理由欄より必ず選択してください
	被扶養者②	フリガナ		生年月日	申請理由
		氏名		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	下記、理由欄より必ず選択してください
	被扶養者③	フリガナ		生年月日	申請理由
氏名			☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	下記、理由欄より必ず選択してください	

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の申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

受付印

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、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄