

健康保険資格確認書交付申請書

常務理事	事務長	総務課長	担当者

被保険者情報	記号・番号	記号	番号	生年月日
	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	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	
	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	
	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	
	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	

理由欄	<p>該当する番号に○を付してください。</p> <p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8 : その他</p>
-----	---

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 電話番号
------	---

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
