

## 健康保険 資格確認書交付申請書

令和XX年XX月XX日 提出

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	XXX - XXXXX	被保険者 氏名	健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 XX年XX月XX日
	事業所名称	△△△△株式会社			本人連絡先	XXX-XXXX-XXXX
	住民票住所	〒 XXX - XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション123号				

対象者①	フリガナ	ケンポ タロウ	続柄		生年月日		申請理由
	氏名	健保 太郎	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX年XX月XX日			下記、理由欄より1~9の 数字を選択ください 4
対象者②	フリガナ	ケンポ ハナコ	続柄		生年月日		申請理由
	氏名	健保 花子	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX年XX月XX日			下記、理由欄より1~9の 数字を選択ください 4
対象者③	フリガナ	ケンポ イチロウ	続柄		生年月日		申請理由
	氏名	健保 一郎	長男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX年XX月XX日			下記、理由欄より1~9の 数字を選択ください 4
対象者④	フリガナ		続柄		生年月日		申請理由
	氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			下記、理由欄より1~9の 数字を選択ください □

理由欄	<b>【注意】</b> 下記以外の理由では、原則交付しません。 (マイナ保険証による受診が困難である等の特段の事情もなく、念のため資格確認書を所持したいという理由でも交付不可)
	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していないため
	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(介助者など)のサポートが必要なため
	8: 資格確認書を滅失・き損したため
	9: 被保険者証を滅失・き損したため(マイナ保険証を保有している方は交付できません)
※理由8又は9を選択された場合、本申請書と一緒に「健康保険被保険者証・資格確認書 滅失届」をご提出ください。 本申請書のみのご提出の場合は、資格確認書は交付できません。	

事業所受付欄

健保組合	常務理事	事務長	担当	健保受付