

## 健康保険 資格確認書交付申請書

被 保 険 者		被 保 険 者 氏 名	事 業 所 名 称
記号	番 号	(フリガナ)	
住所	〒		

常務理事	事務長		担当者

	氏名	性別	生 年 月 日	続柄	理由欄
対象者欄	被 保 険 者	(フリガナ)	年 月 日	本人	<input type="checkbox"/> 1 : マイナンバーカードを紛失した、または更新中のため <input type="checkbox"/> 2 : 介助者等の第三者が要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者)等に同行し・補助する必要があるため <input type="checkbox"/> 3 : その他( )
	被 扶 養 者	(フリガナ)	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 : マイナンバーカードを紛失した、または更新中のため <input type="checkbox"/> 2 : 介助者等の第三者が要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者)等に同行し・補助する必要があるため <input type="checkbox"/> 3 : その他( )
	被 扶 養 者	(フリガナ)	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 : マイナンバーカードを紛失した、または更新中のため <input type="checkbox"/> 2 : 介助者等の第三者が要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者)等に同行し・補助する必要があるため <input type="checkbox"/> 3 : その他( )
	被 扶 養 者	(フリガナ)	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 : マイナンバーカードを紛失した、または更新中のため <input type="checkbox"/> 2 : 介助者等の第三者が要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者)等に同行し・補助する必要があるため <input type="checkbox"/> 3 : その他( )

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	

令和      年      月      日 提出

受付日付印

記入例

健康保険 資格確認書交付申請書

次の方は、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。

- ・マイナンバーカードを取得していない方
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録をしていない方
- ・マイナ保険証の利用登録を解除した方
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた方
- ・マイナンバーカードを返納した方

被保険者		被保険者氏名	事業所名称
記号	番号	(フリガナ)トウア タロウ	東亜合成 本社
10	12345	東亜 太郎	
住所	〒	東京都港区〇〇1-2-3	
	123-4567		

対象者欄	氏名		性別	生年月日	続柄	理由欄
	被保険者	(フリガナ) 同上	男	昭和 55 1 23	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 1 : マイナンバーカードを紛失した、または更新中のため <input type="checkbox"/> 2 : 介助者等の第三者が要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者)等に同行し・補助する必要があるため <input type="checkbox"/> 3 : その他( )
被扶養者	(フリガナ)トウア ハナコ	女	昭和 56 12 12	妻	<input type="checkbox"/> 1 : マイナンバーカードを紛失した、または更新中のため <input checked="" type="checkbox"/> 2 : 介助者等の第三者が要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者)等に同行し・補助する必要があるため <input type="checkbox"/> 3 : その他( )	
	(フリガナ)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 : マイナンバーカードを紛失した、または更新中のため <input type="checkbox"/> 2 : 介助者等の第三者が要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者)等に同行し・補助する必要があるため <input type="checkbox"/> 3 : その他( )	
	(フリガナ)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 : マイナンバーカードを紛失した、または更新中のため <input type="checkbox"/> 2 : 介助者等の第三者が要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者)等に同行し・補助する必要があるため <input type="checkbox"/> 3 : その他( )	

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		

令和 年 月 日 提出

受付日付印