

加入者→事業所→健保

健康保険 資格確認書 交付申請書

常務理事	事務長	担当者

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。	
	記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ)	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 5 0 年 0 4 月 3 0 日
	氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎		
	郵便番号	1 1 1 2 2 2 2	電話番号	0 3 - 3 3 3 3 - 1 2 3 4
	住所	東京都 都 道 新宿区〇〇 1-2-3 府 県		

対象者欄	対象者	2	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)のみ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分	
	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ ケンコウ ハナコ 氏名 健康 花子	生年月日 2 昭和 2 平成 3 令和 2 2 年 0 2 月 0 1 日	申請理由 9 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

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
	<input checked="" type="checkbox"/> 9 : 保険証を紛失し、マイナンバーカードも保有していないため

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。	受付日付印	
	事業所所在地	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; color: white;"> <p>【注意】 所属先の事業所人事部、もしくは委託先社労士にて、「事業主欄」を記載してから健保にご提出ください。</p> </div>	
	事業所名称		〇〇〇株式会社
	事業主氏名		代表取締役社長 〇〇〇
電話番号			
社会保険労務士の提出代行者名記入欄			