

健康保険 資格確認書 交付申請書

新規に扶養追加する場合で、
既に マイナ保険証の利用登録 されている方は、この申請は**不要**です

資格確認書の

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	1 0 0 0							1 2 3 4 5 6 7							生年月日
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎														
	郵便番号	0 0 0 1 2 3 4				電話番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2									
	住所	〇〇 都 道 府 県 △△市〇〇町△番地〇号														

対象者	2 1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分			
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	資格取得時(入社時)、被保険者欄は記入不要です。			下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	ご家族が退職し扶養になる場合	ケンボ ハナコ 健保 花子	2 昭和 平成 令和 〇〇年 〇4月 〇1日	4 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	
出生の場合	ケンボ カズコ 健保 一子	3 昭和 平成 令和 〇〇年 〇3月 〇3日	5 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
-----	--

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	事業主証明欄 必ず事業主に証明をもらってください
------	---	-----------------------------

受付日付印 健保組合使用欄

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
