

健康保険 資格確認書 交付申請書

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)	123456789012												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) 51 11												生年月日 21昭和2平成3令和 06年 12月 01日											
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎																							
	郵便番号	1700002								電話番号								0369036631							
	住所	東京 都道 豊島区巣鴨4丁目22番23号 府県																							

対象者欄	対象者	3 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																																	
	被保険者	フリガナ 氏名 同上												生年月日 同上												申請理由 5 下記、理由欄より必ず選択ください									
	被扶養者①	フリガナ ケンボ ハナコ 氏名 健保 花子												生年月日 21昭和2平成3令和 08年 10月 30日												申請理由 5 下記、理由欄より必ず選択ください									
	被扶養者②	フリガナ ケンボ イチロウ 氏名 健保 一郎												生年月日 31昭和2平成3令和 06年 12月 02日												申請理由 14 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 1昭和2平成3令和 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 マイナカード紛失 10 オン資データ未連携 2 マイナカード更新中 11 券面変更 3 介助者が必要な要配慮者 12 健保属性変更 4 個人番号未登録 13 保険証廃止に伴う一括交付 5 マイナ保険証未登録 14 その他(具体的に【 】内に記入してください) 6 マイナ保険証解除 【 医療機関に早くかかりたい 】 7 マイナカード電子証明書期限切れ 15 資格取得届等の電子申請 8 マイナカード返納 16 マイナカード未作成 9 自己情報提供不可 17 滅失・き損																							
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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																								
	事業所名称																								
	事業主氏名																								
電話番号																									
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄																									