常務理事	事務長	担 当

健康保険　資格確認書　交付申請書

年　　月　　日　提出

被保険者等記号・番号		社員番号	所属事業所　・　部署	被保険者の氏名	性 別	被 保 険 者 の 生 年 月 日
					男・女	昭和・平成

被保険者住民票住所	提出理由（該当するものに〇）
〒 電話　　（　　）	1 ： マイナンバーカードを所持していないため 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返納したため 5 ： 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

事業所の証明	
	年　　月　　日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電　　話　　（　　）

受付日付印