

健康保険 資格確認書 交付申請書

九 電 工 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿

提出日	令和		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

被 保 険 者 欄	記号・番号	(記号)	(番号)																												
	所属事業所 社員番号	(会社名)										(支店・営業所・部門名)										(社員番号)									
	氏名	(フリガナ)										生年月日	☐ 昭和		年	月	日	性別	☐ 男		☐ 女										
		(氏)											(名)																		
住民票の住所	〒 ー																														

※対象者を全員記入してください。

被 保 険 者	続柄	本人	申請理由		←下記の理由欄より選択して、番号を記入してください。	
------------------	----	----	------	--	----------------------------	--

被 扶 養 者 1	氏名	(フリガナ)										生年月日	☐ 昭和		年	月	日	性別	☐ 男		☐ 女	
	(氏)										(名)											
続柄		申請理由		←下記の理由欄より選択して、番号を記入してください。																		

被 扶 養 者 2	氏名	(フリガナ)										生年月日	☐ 昭和		年	月	日	性別	☐ 男		☐ 女	
	(氏)										(名)											
続柄		申請理由		←下記の理由欄より選択して、番号を記入してください。																		

被 扶 養 者 3	氏名	(フリガナ)										生年月日	☐ 昭和		年	月	日	性別	☐ 男		☐ 女	
	(氏)										(名)											
続柄		申請理由		←下記の理由欄より選択して、番号を記入してください。																		

理由欄	1. マイナンバーカードを取得していない者、またはマイナンバーカードを返納した者 2. 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(マイナ保険証)を行っていない者 3. マイナ保険証の利用登録解除を申請した者 4. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 5. マイナンバーカードを紛失した者、マイナンバーカードを更新中の者 6. マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等と同行して資格確認を補助する必要がある者																											
-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

《注意事項》 (注1) **下記①～④の申請書(又は届)を提出する際に、資格確認書交付理由の**
5. マイナンバーカードを紛失した者、マイナンバーカードを更新中の者
6. マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等と同行して資格確認を補助する必要がある者
に該当する場合は、下記①～④の申請書(又は届)と併せて本申請書の提出が必要です。
① 健康保険 被保険者資格取得届 ③ 健康保険 被保険者・被扶養者氏名変更届
② 健康保険 被扶養者異動届 ④ 健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書
(注2) **2024年12月1日以前に交付された健康保険証の紛失により本申請書を提出する場合は、本申請と併せて**
『健康保険 被保険者証返納不能届』の提出が必要です。

事業所担当者名・ 受付日の記入又 は押印	受付日:令和 年 月 日
	社会保険労務士 確認欄

健康保険組合		
常務理事	事務長	担 当

健保組合 受付印