

被保険者（本人）記入例

常務理事 事務長 係

組合使用欄

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いたします。

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号(左つめ)	番号(左つめ)	生年月日
		× × ×	○ ○ ○	2 1 昭和 0 2 平成 1 1 令和 2 3 年 月 日
	氏名	フリガナ ニツキ タロウ 日揮 太郎		JGC ID ※YOC4社の方 -
	郵便番号	2 2 0 0 1 2	電話番号	0 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8
住所	都 道 神奈川県 横浜市西区みなとみらい4丁目5番6号 グリーンヒルズ横浜 203号室			

対 象 者 欄	対象者	1	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	1 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	続柄	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
	被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名	続柄	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
	被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名	続柄	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
※ 滅失・き損による再交付はこの申請書では受け付けません。	

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。	事業主の証明 (任継・特退は記入不要)	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			