

健康保險 資格確認書 交付申請書

マイナ保険証が利用できる場合、交付申請書は不要ですので、この機会にマイナ保険証への切り替えをご検討ください。

被 保 險 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	申請日	年	月	日	
	記号・番号	記号(左づめ) 番号(左づめ)			生年月日				
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和	<input type="text"/> <input type="text"/> 年	<input type="text"/> <input type="text"/> 月	<input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	氏名	フリガナ							
	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>					
住所	都道府県								

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/>	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 氏名	フリガナ	生年月日	申請理由
被扶養者 ①	被扶養者 氏名	フリガナ	生年月日	申請理由
	被扶養者 ②	フリガナ	生年月日	申請理由

- 1 : マイナンバーカードを紛失した
 - 2 : マイナンバーカードの更新手続き中
 - 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
 - 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
 - 5 : マイナンバーカードを作っていない
 - 6 : マイナンバーカードを返納した
 - 7 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要である
 - 8 : マイナ保険証の利用登録解除を申請した

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

受付日付印

申請代行者欄 ※被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

フリガナ/氏名	被保険者との関係	電話番号(日中連絡先)		
フリガナ		自宅	-	-
		携帯	-	-

※申請代行の理由

- 被保険者本人が傷病等により記入できないため
- その他(