

健康保険 資格確認書交付申請書

事業所欄	事業所番号		
	代表者印（丸印） 不要		
健保組合	常務理事	事務長	健保受付印
	担当者	担当者	
社会保険労務士記載欄			

※自筆の場合は捺印不要。訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者	被保険者 記号・番号		－	事業所名	
	ふりがな			生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日
	被保険者氏名			電話番号 (日中連絡先)	

発行対象者	ふりがな			続柄	生年月日
	氏名				☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
	申請理由	☐ ① マイナンバーカードを紛失・更新手続き中のため ☐ ② 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 ☐ ③ マイナンバーカードを返納したため ☐ ④ マイナ保険証による受診には第三者（介助者等）のサポートが必要なため ☐ ⑤ 健康保険証を紛失・き損した または 印字薄れのため（マイナ保険証未保有者のみ） 健康保険証のき損・印字薄れの場合は健康保険証を添付してください。 <u>（⑤の場合、マイナ保険証を保有している方は資格確認書を発行することができません。）</u>			
	具体的な状況	※⑤の場合は紛失等の具体的な状況を記載してください。			

以下は健康保険証を紛失した方のみご確認・ご記入ください。

【紛失に関する留意事項】

- 紛失した健康保険証を利用停止や無効にすることはできません。
- 自宅以外で紛失された場合は必ず警察へ届出してください。

誓約書	※健康保険証を紛失した方のみ（き損・印字薄れの方は記入不要） 1. 紛失した健康保険証が万一不正使用された場合には、私が一切の責任を負います。 2. 紛失した健康保険証が見つかった場合は、直ちに返却します。			
	令和 年 月 日	被保険者氏名	※自筆に限る	