

健康保険 資格確認書交付申請書

保険証の 記号・番号	—	事業所名			
---------------	---	------	--	--	--

資格確認書の交付が必要な方を記入ください。

①	氏 名	生 年 月 日	続 柄	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日		
②	氏 名	生 年 月 日	続 柄	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日		
③	氏 名	生 年 月 日	続 柄	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日		
④	氏 名	生 年 月 日	続 柄	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日		
⑤	氏 名	生 年 月 日	続 柄	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日		

交付を必要とする理由

下記に☑および署名してください。（☑および署名が無い場合、受付できません。）

☐上記対象者についてマイナンバーカードの健康保険証利用登録がないことを確認いたしました。

令和 年 月 日 住 所 〒

被保険者氏名

TEL

■注意事項

・法令によりマイナンバーカードの健康保険証利用登録がある方は資格確認書が発行できません。

また資格確認書発行後に利用登録をされた場合は、速やかに返却してください。

・交付する資格確認書の有効期限は発行日から次の8月末日までの最大12ヵ月間です。

・有効期限内に資格を喪失した場合や記号・番号に変更があった場合は、速やかに返却してください。

・有効期限経過後または所得区分変更後に引き続き資格確認書が必要な場合は再度申請してください。

・資格確認書を滅失、毀損した場合は、「資格確認書滅失・毀損届／再交付願」を申請してください。

健 保 組 合			健保受付		事 業 所	
決 裁	処 理				責任者	担当者