

健康保険 資格確認書交付申請書

常務理事	事務長	係	係

① 申請日	令和 年 月 日		
② 記号番号	記号	番号	
③ 申請者の氏名 (自著)			④ 被保険者との関係
⑤ 申請者の住所 及び電話番号	〒 (日中の連絡先)		
⑥ 申請者の メールアドレス	TEL ()		
⑦ 代理申請の場合、被保険者を代理して申請する者の氏名			⑧ 被保険者との関係
⑨ 被保険者の氏名 (③と同じ場合は省略可)			
⑩ 被保険者の個人番号			
⑪ 交付を希望する対象者の氏名			⑫ 被保険者との関係
⑬ 交付を希望する対象者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	⑭ 性別	
⑮ 交付を希望する対象者の個人番号			
⑯ 申請理由			
⑰ 資格確認書の交付にあたり要配慮者への該当の有無	<input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 国保、後期高齢者医療における要介護高齢者(65歳以上の介護サービス利用者)に該当 <input type="checkbox"/> 国保、後期高齢者医療における障害者(障害サービス利用者)に該当		
⑱ マイナ保険証の紐づけ状況	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを交付済でマイナ保険証を紐づけ済 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを交付済だがマイナ保険証の紐づけを行っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの交付を受けていない <input type="checkbox"/> その他		
⑲ 備考			

令和 年 月 日提出

事業所の確認	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電 話

健康受付日付印

【注意事項】

- この申請書は、マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない状況にある方が、資格確認書の発行を希望する場合に提出するものです。
- 資格確認書は、強制被保険者・被扶養者は事業主を通して、任意継続被保険者・被扶養者は直接交付いたします。
- ①から⑱まで漏れなく記入してください。
但し、⑦～⑨欄は、申請者が被保険者の場合は省略可能です。