

資格取得

(認定)

健康保険 資格確認書 交付申請書

常務理事	事務長	課長	担当者

《注意事項》

この書類は、資格取得(認定)の際、下記の「交付理由」に該当し、資格確認書を急ぎ必要とする場合は申請してください。

※ 資格取得(認定)時、原則、届出いただいたマイナンバーを登録後、資格確認書が必要な方(マイナ保険証をお持ちでない方)には、5営業日以降に組合で確認し、職権で資格確認書を交付します。

※ マイナ保険証の利用登録をしているにも関わらず、念のために資格確認書を持っておきたい等の理由では申請できません。

交付理由	1 : マイナンバーカードを作っていないため
	2 : 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
	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

被保険者欄	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	個人番号(マイナンバー)			1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
	氏名	フリガナ		
	郵便番号		電話番号	
	住所	都 道 府 県		

対象者欄	対象者	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 上記、交付理由の番号をご記入ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 上記、交付理由の番号をご記入ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 上記、交付理由の番号をご記入ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 上記、交付理由の番号をご記入ください

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

社会保険労務士の提出代行者名記入欄
