常務理事	事 務 長	部　長	係　長	係

健康保険　資格確認書　交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報

個人番号（マイナンバー）	1234 5678 9101	個人番号または記号・番号のいずれかを記載してください。
記号・番号	記号 1501　番号 1234	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 60年 11月 01日
氏　名	フリガナ ケンポ　タロウ 健 保　太 郎	
郵便番号	111－0012	電話番号 06 － 1234 － 5678
住　所	大阪 都 道 (府) 県　〇〇〇△△△□□□2丁目65番地7号	

対象者欄

対象者	1　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 1 下記、理由欄より必ず選択ください
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 下記、理由欄より必ず選択ください
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 下記、理由欄より必ず選択ください
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 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄

1 ： マイナンバーカードを紛失したため
2 ： マイナンバーカードの更新手続き中のため
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
5 ： マイナンバーカードを作っていないため
6 ： マイナンバーカードを返納したため
7 ： マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため

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　〒530-0012　大阪府大阪市北区芝田22－88－100
事業所名称　産業機械株式会社
事業主氏名　産業　太郎
電話番号　06－6372－5501

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	