

健康保険 資格確認書 交付申請書 ※加入時専用

| | | | |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| | | | |

加入時資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 記号・番号 | 記号(右つめ) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | 番号(右つめ) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | 生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 |
| 氏名 | フリガナ ----- | | |
| 郵便番号 | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | 電話番号 | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| 住所 | 都 道 府 県 | | |

| | | | | |
|-------|--|---|---|--|
| 対象者 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 | | | |
| 対象者欄 | 被保険者 | フリガナ 氏名 | 生年月日 | 申請理由 |
| | 同上 | | 同上 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 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 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 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 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 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 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 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 : マイナンバーカードを返納したため 5 : マイナ保険証の利用登録解除を申請したため(登録解除者) 6 : 介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害がある方等) |
|-----|--|

| | |
|------|---|
| 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 |
|------|---|

| | |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記入欄 | |
|-----------------------|--|

| |
|-------|
| 受付日付印 |
| |

健康保険 資格確認書 交付申請書 ※加入時専用

| | | | |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| | | | |

加入時資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

| | | | |
|-------|---------------|---------------------------|--|
| 記号・番号 | 記号(右つめ) | 番号(右つめ) | 生年月日 |
| | 1 | 1 2 3 4 5 | 1 昭和 2 平成 3 令和 5 4 年 0 3 月 2 1 日 |
| 氏名 | フリガナ | ヒカリ タロウ 光 太郎 | |
| 郵便番号 | 1 7 1 0 0 2 1 | 電話番号 | 0 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 住所 | 東京 都 道 府 県 | 豊島区西池袋1-4-10 光ウエストゲートビル7F | |

| | | | | |
|------|-------|--|--|--------------------|
| 対象者 | 3 | 1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 | | |
| 対象者欄 | 被保険者 | フリガナ 氏名 | 生年月日 | 申請理由 |
| | | 同上 | 同上 | 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 | 申請理由 |
| | | ヒカリ ハナコ 光 花子 | 2 1 昭和 2 平成 3 令和 0 2 年 0 2 月 0 2 日 | 1 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 | 申請理由 |
| | | | 1 昭和 2 平成 3 令和 | 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 | 申請理由 |
| | | | 1 昭和 2 平成 3 令和 | 下記、理由欄より必ず選択ください |

| | |
|-----|---|
| 理由欄 | <p>1 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>4 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>5 : マイナ保険証の利用登録解除を申請したため(登録解除者)</p> <p>6 : 介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害がある方等)</p> |
|-----|---|

| | |
|------|--|
| 事業主欄 | <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話番号</p> <p>事業主記入欄</p> |
|------|--|

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|

| | |
|-------------------|------------|
| 社会保険労務士の提出代行者名記入欄 | 社会保険労務士記載欄 |
|-------------------|------------|