

健康保険 資格確認書 交付申請書

愛知製鋼健康保険組合 殿

令和 年 月 日

どちらかに 新規で発行を希望します
して下さい 再発行を希望します

■ 太枠内を記入し、被保険者の確認書類コピーを添付して申請して下さい。

【確認書類】

- ① 顔写真が確認できる身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証、社員証等）
- ② 顔写真付の身分証明書が無い場合は、住民票などの公的な証明書

◆ 記号・番号は、資格情報のお知らせ又はマイナポータルで確認できます。

被 保 険 者 情 報	記号		番 号	
	フリガナ 氏 名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住 所	〒 ー 都 道 府 県		
	電話番号	() ー	内線	

対 象 者 欄	対 象 者	<input type="checkbox"/>	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）及び被扶養者（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	理 由 欄 よ り 選 択 し 数 字 を 記 入
	① 被 扶 養 者	フリガナ 氏名		生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日	申請 理由	
	② 被 扶 養 者	フリガナ 氏名		生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日	申請 理由	
	③ 被 扶 養 者	フリガナ 氏名		生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日	申請 理由	
右の数字を記入							

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為 8 : 資格確認書を滅失・き損した為 9 : 健康保険証を滅失・き損した為
-------------	--

◆ 代理人申請の場合は、被保険者及び代理人の確認書類コピーに加え、被保険者と代理人との関係がわかる書類も添付して下さい。

申 請 者 と 異 な る 場 合 は 被 保 険 者	申請者氏名		被保険者 との続柄	
	申請者の 住 所	〒 ー 都 道 府 県		

健 保 使 用 欄	受付No.	ー	受渡方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 本人郵送 <input type="checkbox"/> 事業所（窓口・郵送） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	決 済			
	常務理事	事務長	担 当	健保受付印