

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 6年 12月 22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	10	番号	1234567
	フリガナ 氏名	アイチ イチロウ 愛知 一郎	生年月日	昭和 平成 2年6月15日
	住所	〒 476 — 0003 愛知 都道 府 県 東海市荒尾町ワノ割0番地		
	電話番号	(052) 111 — 1111	内線	1234

対 象 者 欄	対象者	3 右の数字を記入	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	4
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名	アイチ ハナコ 愛知 花子	生年月日	昭和 平成 4年10月20日 令和	申請理由		4
	被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	申請理由		
	被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	申請理由		

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 に 被 保 険 者	申請者氏名		被保険者 との続柄	
	申請者の 住所	〒 — 都道 府 県		

健 保 使 用 欄	受付No.	—	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