

健康保険 資格確認書 交付申請書

提出 年月日	令和 年 月 日
-----------	-------------------

常務理事	事務長	担当	

被 保 険 者	被保険者 記号		被保険者 番号		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	(フリガナ)				住所	〒 電話番号 ()
	氏名	(氏)	(名)			

対 象 者 (該当するものに○を)		1. 被保険者分		2. 被扶養者分	
被保険者		申請理由(下記理由欄より必ず選択)			
被 扶 養 者	(フリガナ)		続 柄	申請理由(下記理由欄より必ず選択)	
	氏名	(氏)		(名)	生年月日
被 扶 養 者	(フリガナ)		続 柄	申請理由(下記理由欄より必ず選択)	
	氏名	(氏)		(名)	生年月日
被 扶 養 者	(フリガナ)		続 柄	申請理由(下記理由欄より必ず選択)	
	氏名	(氏)		(名)	生年月日
被 扶 養 者	(フリガナ)		続 柄	申請理由(下記理由欄より必ず選択)	
	氏名	(氏)		(名)	生年月日

理 由 欄	「資格確認書」は下記の理由に該当する方に交付する書類です。 健康保険証をお持ちの方には交付しません。	
	1 マイナンバーカードを紛失・更hands続中のため 2 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 3 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 4 マイナンバーカードを作っていないため 5 マイナンバーカードを返納したため 6 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 ※ 資格確認書を滅失・破損の場合は「6 資格確認書 高齢受給者証 滅失・破損 再交付申請書」(HP掲載)を使用してください	

事業所 所在地	〒
事業所 名 称	
事業主 氏 名	
電話番号	()

社会保険労務士の代行者	
セールスフォース健康保険組合	受付日付印