

伺 い	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

資格確認書は下記のいずれかに該当する方のみ申請が可能です。

該当するものにレ点をつけてください。

	マイナンバーカードを取得していないため
	マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていないため
	マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れのため
	マイナンバーカードを返納したため
	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
	マイナンバーカードを紛失したため
	マイナンバーカードを更新中のため
	資格確認書を紛失したため
	資格確認書を棄損したため【棄損した資格確認書は返却が必要です。必ず添付してください。】

被保険者等 記号番号	—	事業所名称	
被保険者氏名		被保険者 生年月日	昭・平・令 年 月 日
住 所			

交付対象者	氏 名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	区 分	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族） 続柄：_____

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いたします。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

受付日付印

※ 健保使用欄

マイナ保険証登録	有 無
資格確認書の交付	要 否

静岡県信用金庫健康保険組合

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄ここに記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕