

常務理事	事務長		担当者

健康保険 資格確認書 交付申請書

ニチバン健康保険組合理事長 殿

以下の事由のため、被保険者資格確認書の交付をお願い致します。

- A マイナンバーカードを紛失した・更新中
- B マイナ保険証での受診が困難で、介助者などの第三者が要配慮者等と同行して資格確認を補助する必要がある
- C マイナンバーカードを取得していない
- D 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
- E マイナ保険証の利用登録解除を申請した(登録解除)
- F マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ・更新予定
- G マイナンバーカードを返納した
- H その他

				被保険者申請日		令和		○	年	○	月	○	日
被保険者の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名			生 年 月 日							
	○	○○○○○○○	健保 太郎			昭和 平成	○	年	○	月	○	日	

資格確認書の交付の事由・詳細	A S H	C	詳細	R○年○月○日出生のため、まだマイナンバーカードを取得していません。カード取得次第マイナ保険証の登録予定です。						
資格確認書の交付者氏名	性別		生 年 月 日							被保険者 との続柄
健保 花	男・女		昭和・平成 令和	○	年	○	月	○	日	長女

資格確認書の交付の事由・詳細	A S H		詳細							
資格確認書の交付者氏名	性別		生 年 月 日							被保険者 との続柄
	男・女		昭和・平成 令和	年	月	日				

資格確認書の交付の事由・詳細	A S H		詳細							
資格確認書の交付者氏名	性別		生 年 月 日							被保険者 との続柄
	男・女		昭和・平成 令和	年	月	日				

事業主提出日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

上記のとおり、健康保険被保険者資格確認書の交付申請がありましたので提出いたします。
資格確認書の交付履歴を管理いたします。(事業主控を保管下さい)

事業主	事業主所在地	
	事業主名称	
	事業主氏名	

健保受付印