

健康保険 資格確認書 交付申請書

被保険者証 記号・番号	記 号	● ●	番 号	● ● ● ●	申 請 日	2024 年 12 月 20 日
被保険者氏名 (自 署)	健保 太郎			事業所名	ブルデンシャル生命保険 (株)	
被保険者連絡先 (日中連絡のつく 電話番号)	● ● (● ● ● ●) ● ● ● ●			所 属 名	▲ ▲ 支社 ☐ 任意継続被保険者 * ☐ 特例退職被保険者 *	
交付対象者	交付対象者氏名	続柄	生年月日		申請理由 (下記、理由欄より必ず選択し、 数字をご記入ください)	
被保険者分	健保 太郎	被保険 者本人	☒ S・ ☐ H 56 年 1 月 10 日		2	
被扶養者分	健保 花子	妻	☒ S・ ☐ H・ ☐ R 60 年		6	
			☐ S・ ☐ H・ ☐ R 年			
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切れのため 4：マイナンバーカードは持っているが、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ため					
※健康保険証利用登録とは？ マイナンバーカードを健康保険証として利用するために、利用者本人が行うものです。（初回利用時のみ） セブン銀行 ATM、マイナポータル、医療機関・薬局にある顔認証つきカードリーダーにて、簡単に行うことができます。 登録にはマイナンバーカードに設定した利用者証明用の暗証番号(4 桁)が必要です。						
【事業主証明欄】 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します。 申請者の本人確認を行いました。 事業所名称 事業主氏名 (事業主欄は会社担当部署で証明) ブルデンシャル健康保険組合 理事長殿						

●保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、番号欄へ記載してください。

受付日付印
同 年 月 日
(確認日付印)

常務理事	事 務 長	確 認 者	担 当 者