

健康保険 資格確認書 交付申請書

理事長	常務理事	事務長	担当

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

※入社時等で、初めて資格確認書を発行する方はこちらの用紙を使用してください

提出日： 令和〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号	番号	生年月日	
		〇〇	-	〇〇〇〇	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	フリガナ	トモエガワ タロウ		
			巴川 太郎		
	郵便番号	〒	421-0126	電話番号	054-257-1290
	住所	静岡県静岡市駿河区用宗巴町 3 - 1			

※被保険者の発行希望の場合も下記に記入してください

発 行 対 象 者 欄	フリガナ	トモエガワ タロウ	生年月日	申請理由
	氏名	巴川 太郎	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	5 下記、理由欄より必ず選択ください
	フリガナ	トモエガワ ハナコ	生年月日	申請理由
	氏名	巴川 花子	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	2 下記、理由欄より必ず選択ください
	フリガナ	トモエガワ ジロウ	生年月日	申請理由
	氏名	巴川 次郎	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	3 下記、理由欄より必ず選択ください

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ため
-------------	--

事 業 主 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。	
	事業所所在地	各事業所へ提出
	事業所名称	巴川コーポレーションは、人事課へ提出
	事業主氏名	その他は、総務課へ提出
	電話番号	

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--