年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

健康保険資格確認書交付申請書

被保険者の 記号・番号		被保険者氏名 （自署）	
性別	男　・　女	生年月日	年　　月　　日 生
被保険者の 現 住 所	〒　　－		
事業所名 所属部署名	TEL：　　－　　－　　（内線：　　）		

交付申請 対象者 1，2いずれか、 または両方を○で 囲んでください。	1	被保険者（本人）分	【交付理由】①～⑧で必ず記入してください。
	2	被扶養者（家族）分　交付を申請する被扶養者の氏名・生年月日・続柄を記入してください。	
		氏名　（続柄：　　） S ・ H ・ R　　年　　月　　日	【交付理由】①～⑧で必ず記入してください。
		氏名　（続柄：　　） S ・ H ・ R　　年　　月　　日	【交付理由】①～⑧で必ず記入してください。
備考 ※			

事業所　所在地 名　称 事業主　氏　名	上記の通り、被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。
総務担当者氏名 および連絡先	電話	

○ 事業主記入欄を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と事業主（総務担当役職者）氏名のサインをご記入ください。

○ 任意継続被保険者は事業主の確認が取れないため、以下の本人確認書類（運転免許証、パスポート、住民票等の写し等）を添付してください。（「任意継続被保険者資格取得申請書」と共に提出する場合を除く）

○ 原則として以下に該当する場合に交付します。
有効期間：①～③の場合は3ヶ月、④～⑧の場合は4～5年（任意継続の場合は最長2年）

① マイナンバーカードを紛失した
② マイナンバーカードの交付手続中・更新手続中
③ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ
④ マイナンバーカードを保有しているが保険証利用登録を行っていない
（利用登録を解除した場合、利用登録解除を申請した場合を含む）
⑤ マイナンバーカードを取得していない
⑥ マイナンバーカードを返納した
⑦ マイナ保険証での受診には第三者（介助者等）のサポートが必要
⑧ 資格確認書を紛失・滅失・き損した（紛失・滅失・き損届もご提出ください）

※ 被保険者の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。（個人番号を記載した場合は、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）

【健保使用欄】

年　月　日		
常務理事	検印	担当者