

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	〒 -		
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】 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。
		(続柄:)	【交付理由】 必ず記入してください。
		S ・ H ・ R 年 月 日	
		(続柄:)	【交付理由】 必ず記入してください。
S ・ H ・ R 年 月 日			
(続柄:)	【交付理由】 必ず記入してください。		
S ・ H ・ R 年 月 日			
(続柄:)	【交付理由】 必ず記入してください。		
S ・ H ・ R 年 月 日			
備考 ※			
事業所 所在地	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。
事業所 名称			
事業主 氏名			
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）
- 以下に該当する場合に限り交付します。
 - ① マイナンバーカードを取得していない（マイナンバーカードを返納した場合を含む）
 - ② 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）
 - ③ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ
- 2025年12月1日までの期間については、健康保険証（カード）をお持ちの方には交付できません。
- ※ 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	