2024　年　12　月　2　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	4010 123456	被保険者氏名（自署）	りそな　太郎
性別	(男)・女	生年月日	1996　年　12　月　31　日 生
被保険者の現住所	〒　123　－　4567 大阪市中央区備後町２－２－１		
事業所名 所属部署名	りそな銀行　大阪営業部 TEL：　012　－　345　－　6789　（内線：　9-999-9999　）		
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等を記入してください。		【交付理由】必ず記入してください。
	氏名　りそな　花子　（続柄：　妻　） S・(H)・R　10　年　10　月　10　日		【交付理由】必ず記入してください。 マイナンバーカードを紛失した
	氏名　（続柄：　） 年　月　日		【交付理由】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 大阪市中央区備後町2丁目2番1号 株式会社りそな銀行　大阪営業部 大阪営業部長　○△　□◇		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　01-2345-6789		

「交付理由」が未記入の場合、交付対象に該当しない場合は交付できません。

１、２いずれか、または両方を○で囲んでください。
２を○で囲んだ場合は、交付申請する被扶養者の氏名等を記入してください。

所属事業所、部署、所属長を記入してください。

○ 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[illegible]（総務担当役職者）氏名のサインをご記入ください。

直通の電話番号を記入してください。

○ 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[illegible]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、④～⑦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[illegible]
⑧ 資格確認書を紛失・滅失・き損した（紛失・滅失・き損届もご[illegible]

「念のために」という理由は認められません。
マイナンバーカードの保険証利用登録状況は当健康保険組合で確認します。

○ 2025年12月1日までの期間については、健康保険証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