

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	<input checked="" type="radio"/> 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		
交付申請 対象者	1 被保険者(本人)分	【交付理由】必ず記入してください。	
	<input checked="" type="radio"/> 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。	
	りそな 花子 (続柄: 妻)	【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	
	S・ <input checked="" type="radio"/> H・R 10年10月10日	【交付理由】必ず記入してください。	
1, 2いずれか、または両方を○で囲んでください	【交付理由】必ず記入してください。		
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。 (例) 大阪市中央区備後町2-2-1 りそな銀行 大阪営業部 大阪営業部長 ○△ □◇			
備考 ※			
事業所 所在地	上記の通り、被保険者から交付され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	大阪市中央区備後町2丁目2番1号		
事業主 氏名	株式会社りそな銀行 大阪営業部		
総務担当者氏名 および連絡先	△ △ △ △	電話	01-2345-6789

- 事業主記入欄を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入し、(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、以下の資料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