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 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 氏名 りそな　花子　（続柄： 妻 ） S・(H)・R 10 年 10 月 10 日		【交付理由】①～⑧で必ず記入してください。 ①
	氏名　（続柄： ） 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 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。

直通の電話番号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[illegible]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、マイナ[illegible]、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、④～⑦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[illegible]より申請する場合は、備考欄へ記載してください[illegible]を記載した場合は、個人番号確認書類の添付書類が必要です）

「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。

【健保使用欄】

年 月 日		
常務理事	検印	担当者