

事業所記号		

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

決 裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

※マイナ保険証を保有されている方は資格確認書の交付対象となりません。(下記の理由Bを除く)

正

被 保 険 者 情 報	被保険者等 番号						被保険者氏名	印	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
	住民票住所	〒 -					TEL	()							

交 付 が 必 要 な 方	氏 名		生 年 月 日			続 柄	申 請 理 由	発行可否 (※健保記入欄)		
			昭和 平成	年	月	日		<input type="checkbox"/>	下記理由欄より 必ず選択してください。	可・否
			昭和 平成	年	月	日		<input type="checkbox"/>	下記理由欄より 必ず選択してください。	可・否
			昭和 平成	年	月	日		<input type="checkbox"/>	下記理由欄より 必ず選択してください。	可・否

理 由 欄	<p>A : マイナンバーカードを紛失又は更新手続中</p> <p>B : 要配慮者等で同行者(介助者等)が必要な方</p> <p>C : マイナンバーカード未取得</p> <p>D : マイナンバーカード保有者で保険証利用未登録</p> <p>E : マイナ保険証の保険証利用登録を解除した</p> <p>F : マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れ</p> <p>G : マイナンバーカードを返納</p> <p>H : 資格確認書を滅失・毀損</p>	<p>当組合にて申請者のマイナ保険証保有状況と突合し確認します。 疑義のある場合は、本申請を返戻することがあります。</p>
-------------	--	--

令和 年 月 日提出

提 出 者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

受 付 日 付 印

事業所記号		

健康保険 資格確認書 (再) 交付確認通知書

※マイナ保険証を保有されている方は資格確認書の交付対象となりません。(下記の理由Bを除く)

副	被保険者情報	被保険者等番号						被保険者氏名	印	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
		住民票住所	〒	-						TEL	()					

交付が必要な方	氏名	生年月日	続柄	申請理由	発行可否 (※健保記入欄)					
			昭和 平成	年	月	日		<input type="checkbox"/>	下記理由欄より必ず選択してください。	可・否
			昭和 平成	年	月	日		<input type="checkbox"/>	下記理由欄より必ず選択してください。	可・否
			昭和 平成	年	月	日		<input type="checkbox"/>	下記理由欄より必ず選択してください。	可・否

理由欄	<p>A : マイナンバーカードを紛失又は更新手続中</p> <p>B : 要配慮者等で同行者(介助者等)が必要な方</p> <p>C : マイナンバーカード未取得</p> <p>D : マイナンバーカード保有者で保険証利用未登録</p> <p>E : マイナ保険証の保険証利用登録を解除した</p> <p>F : マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れ</p> <p>G : マイナンバーカードを返納</p> <p>H : 資格確認書を滅失・毀損</p>	<p>当組合にて申請者のマイナ保険証保有状況と突合し確認します。 疑義のある場合は、本申請を返戻することがあります。</p>
------------	--	--

令和 年 月 日に提出された申請に基づき、資格確認書を交付いたします。

提出者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックをしてください。	
	<input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号		

MBK連合健康保険組合 理事長

確認日付印