

※資格取得時に資格確認書の発行を希望する場合は必ず添付してください
 (マイナ保険証による受診が可能な方には交付されません。)

常務理事	事務長	係	係

健康保険 資格確認書 交付理由書

被保険者	健康保険の記号		番号		事業所			
	フリガナ				所属			
	氏名							
	住所	〒 (電話)						
	被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、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。)				備考欄			
資格確認書の 交付対象者	フリガナ				生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	続柄	
	氏名							

※マイナ保険証による受診が可能な方には交付されません。

理由 (該当する番号に○)	1	マイナンバーカードを申請中のため (出生・紛失など)
	2	マイナンバーカードまたは電子証明書の更新手続き中のため
	3	マイナンバーカードの保険証利用登録を行っておらず、今後行う予定はないため
	4	マイナンバーカードを持っていない (作っていない) ため
	5	マイナンバーカードを返納したため
	6	マイナ保険証による受診が困難で、受診には第三者 (介助者など) のサポートが必要なため
	7	その他 (以下に詳細を記入してください) _____ _____

令和 年 月 日提出

健康保険組合記入欄	処理日	令和 年 月 日	認定日	令和 年 月 日	住民票	3号
	突合 チェック	確認書	データ 連携	決定通知 発行	発行期限	長・短