

伺 年 月 日	令和	年	月	日
決 議 年 月 日	令和	年	月	日
資 格 取 得 日	昭・平	年	月	日
被保険者証の記号 番号	記号		番号	

常務理事	事務長	担当者

健康保険 資格確認書 新規発行申請書

申請日 : 令和 年 月 日

申請者	被保険者の氏名				記号・番号	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	所属会社名
新規発行対象者 (申請者含む)	氏名	性別	続柄・枝番	生年月日	備考(マイナカード未取得の理由)	
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 未発行 <input type="checkbox"/> 申請更新中	
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 未発行 <input type="checkbox"/> 申請更新中	
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 未発行 <input type="checkbox"/> 申請更新中	
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 未発行 <input type="checkbox"/> 申請更新中	
連絡欄						
* 事業主証明						
上記のとおり相違ありません。				令和	年	月 日
所在地						
事業主 (会社) 名称						
代表者						

●発行・交付の条件

1. 原則、マイナンバーカードを未取得の方とします。申請中、更新中の方を含みます。
2. 「資格確認書」には有効期限があります。(最大5年)有効期限後には健康保険組合に返却いただきます。
3. 表中の記号・番号は、「資格情報のお知らせ」または発行済の保険証を参照下さい。
3. 紛失等で再発行の場合は、再発行申請書にて申請。(再発行の場合は、手数料がかかります)

受付印

※ 事業主(会社)の欄は、申請者は記載不要です。

健保1-010-0