

ポスト番号 D55

マツダ健康保険組合 行

健康保険 資格確認書 交付・再交付 申請書

申請日 令和 00年 00月 00日

申請者	被保険者 記号・番号	記号	00	番号	000000
	被保険者氏名	〇〇〇 〇〇〇			
	生年月日	昭和 平成 00年 00月 00日			
	被保険者住所	〒 000 - 0000 〇〇〇市〇〇〇区〇〇〇1-2-3 TEL (000) 000 - 000			
	事業所名	〇〇〇株式会社			
	所属	(ポストNo A000) 〇〇〇課〇〇〇係 (内線 00000) TEL (000) 000 - 000			

注1) マイナンバーカード申請中で交付を希望される場合は、交付迄の繋ぎとして申請することを記入してください。

マイナ保険証登録後は、資格確認書はご返却ください。

注2) 紛失して再交付する場合は、健康保険資格確認書滅失届を一緒にご提出ください。

対象者	氏名	続柄	対象者の欄に交付を希望する方と交付理由を必ずご記入ください。		
	〇〇〇 〇〇〇	父	生年月日	昭和 平成 令和 00年 00月 00日	(交付理由を記載ください) マイナンバーカード (無) / 申請中
			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	介護施設に入所しており、施設より 個人情報の観点でマイナンバーカードを預かることが出来ないため、「資格確認書」を交付申請するように依頼があったため。
			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		

上記のとおり被保険者からの交付申請がありましたので証明します。

令和 00年 00月 00日

〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町0丁目0番00号

所在地
事業所
名称

〇〇〇〇株式会社

健保事務担当者の確認サイン

〇〇〇 〇〇〇

TEL(000) 000 - 0000

資格確認書発行日付	常務理事	事務長	係

受付印