

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 年 月 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				

対象者	氏名	続柄	対象者の欄には交付を希望する方をご記入ください。		
	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) 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できないため、マイナ保険証を登録できていません。つきましては、施設から「資格確認書」を交付申請するように依頼がありました。
			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		

事業主証明欄	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 TEL() -

資格確認書発行日付	常務理事	事務長	係

受付印