**健康保険　　資格確認書　（再）交付申請書**

令和00年00月00日提出

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者情報 | 記号 | （資格取得届と同時提出） | 被保険者等記号・番号は、以下のいずれかからご確認いただけます。  ・（健康保険証をお持ちの方は）健康保険証の券面  ・マイナポータル  ・当組合が交付した資格情報のお知らせ  被保険者番号をお持ちの方は「 0000 」を選択後、ご自身の被保険者番号に変更ください。 | | |
| 番号 | （要選択） |
| 氏名 |  | | 生年月日 | （要選択） 00年00月00日 |
| 住所 | 〒　　　－ | | | |
|  | | | |
| 電話番号 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者欄 |  | | （チェック欄－左のチェックボックスにチェックをお願いいたします。）  下の＜留意事項＞欄を確認し、内容を理解した上で交付申請いたします。 | | |
| 被保険者 | フリガナ |  | 生年月日 | 被保険者情報欄に同じ |
| 氏名 | （被保険者分を申請するときは、空白を選択して氏名を記載） |
| 申請理由 | (申請時要選択) | | |
| 被扶養者① | フリガナ |  | 生年月日 | （要選択） 00年00月00日 |
| 氏名 |  | ↓被扶養者異動届と同時提出の場合にチェック | |
| 申請理由 | (申請時要選択) | | |
| 被扶養者② | フリガナ |  | 生年月日 | （要選択） 00年00月00日 |
| 氏名 |  | ↓被扶養者異動届と同時提出の場合にチェック | |
| 申請理由 | (申請時要選択) | | |
| 被扶養者③ | フリガナ |  | 生年月日 | （要選択） 00年00月00日 |
| 氏名 |  | ↓被扶養者異動届と同時提出者の場合にチェック | |
| 申請理由 | (申請時要選択) | | |

＜留意事項＞

|  |
| --- |
| １　**資格取得時にマイナ保険証を利用できない状態である**ことを当組合が確認できた**場合**、**通常はこの申請がなくても資格確認書を発行いたします**。（ただちに医療機関を受診する必要がある等のご事情がある場合のみ申請をお願いいたします。）  ２　申請受理後、**対象者がマイナ保険証を利用可能な状態である**ことを当組合において確認できた**場合**には、**資格確認書を発行しない**場合があります。（当組合から事業主または申請者へご連絡をする場合があります。）  ３　以下に該当する対象者には資格確認書を発行せず、当該対象者に関する申請は最初からなかったものといたします。  ①本申請書の受付日において当組合の加入者（被保険者または被扶養者をいう。以下同じ。）でないとき  （ただし、**当組合の加入者資格を取得するための申請または届出時に本申請書を提出**し、加入者になった場合を除く。）  ②本申請書の受付日以後、資格確認書発行までの間に加入者でなくなる（またはその予定である）ことが明らかとなったとき  ４　以下の事由が発生した場合、資格確認書を当組合へ速やかに返還願います。（資格確認書の有効期限を過ぎた場合を除く。）  ①被保険者の退職、その他の資格喪失事由の発生により加入者でなくなったとき  ②マイナ保険証を利用可能になったとき（当組合から事業主または資格確認書所持者へご連絡をする場合があります。） |

受付日付印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業主欄 | 上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。 | |
| 事業所所在地  事業主名称  事業主氏名  電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 社会保険労務士の提出代行者名記入欄 | ああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああ |