健康保険 資格確認書 交付申請書

被扶養者用

様式C

ご注意

被扶養者(家族)の加入や情報変更に伴い、資格確認書の交付を希望する場合に使用

- ※マイナンバーカードの「健康保険証利用登録」解除に伴い資格確認書の交付を希望する場合、本申請書は提出不要。(代わりに解除申請書が必要。解除申請者には全員、資格確認書を交付)
- ※従業員の入社に伴う扶養申請の場合で、<u>【様式B】にて家族情報をすでに記載済みの場合</u>は本紙を追加で提出いただく必要はありません。
- ●異動届/認定のための書類提出/訂正変更届 に添付して提出する場合のみ。 (本申請書単体では使用不可) ※直近で申請手続きをしている場合は可
- ●本紙で従業員本人の資格確認書は交付されません。

		記号(左づめ)	番号(左づめ)		生年月日	
被保険者(本人)情報	記号·番号	1		※本人と家族の 記号・番号は同じです	1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日
	被保険者(従業員) 氏名	フリガナ				従業員番号 ※わかる場合
	勤務先職場	※所属先までご記	入ください(送付の際、確認のため	使用させていただく場合がございます	-)	
	郵便番号		-	日中連絡先 (左づめ)		
	住所		都 道府 県			
				生年月日		申請理由
交付対象の被扶養者(家族)	被 ^{フリガナ} 扶 氏名 養 者 ①			1 昭和 2 平成 3 令和	# 	下記、理由欄より必ず選択ください
	被 フリガナ	サ フリガナ				申請理由
	扶 氏名 養 者 ②			1 昭和 2 平成 3 令和	手 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
	被 フリガナ 扶 [氏名			生年月日		申請理由
	養 者 ③			1 昭和 2 平成 3 令和 4	≢ 月 日	下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 フリガナ 扶 氏名			生年月日		申請理由
	養 者 ④			1 昭和 2 平成 3 令和 4	≢ 月 日	下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 ^{フリガナ} 扶 氏名			生年月日		申請理由
	養 者 ⑤			1 昭和 2 平成 3 令和	手 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
健保受付印						
<理由欄(該当する番号を「申請理由」欄に記載ください)> 1 : マイナンバーカードを紛失したため						
2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため						

3: マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため

4 : マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため

5 : マイナンバーカードを作っていないため

6 : マイナンバーカードを返納したため

7 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため ※出生児は除く

8 : 海外居住によりマイナンバーカードが利用不可のため/海外転出に伴いマイナンバーカードが失効するため