

資格確認書(交付 ・ 再交付) 申請書

常務理事	事務長	担当	担当

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。また、申請書は会社の人事・総務・業務Grを経由しご提出ください。
任意継続被保険者の方は、被保険者の顔写真入りの身分証明書類(運転免許証コピー等)を添付のうえ、健康保険組合へお送りください。

被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)				個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。 ※個人番号の頭の「0」は入力してください。		
	記号・番号	記号 番号			生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		
	氏名	フリガナ					
	郵便番号		対象者		被保険者(本人)分 (✓を入れてください)	申請理由	下記、理由欄より必ず選択ください
	住所						

対象者のみ記入してください。

対 象 者 欄 (被 扶 養 者)	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	家族①	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	

理 由 欄	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 8 : 資格確認書を滅失・き損したため(再交付あり) 9 : 資格確認書を滅失したため(再交付なし)
-------------	--

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。		受付日付印
	事業所所在地	人事・業務担当者印	
	事業所名称		
	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		azbilグループ健康保険組合 令和6年11月	