

健康保険 資格確認書 申請書 及び 再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

ロイヤルホテル健康保険組合 御中

被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。	
	記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		
	内線またはPHS	<input type="text"/>	事業所名	<input type="text"/>
	所属部・課	<input type="text"/>		

対 象 者 欄	対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被 保 険 者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input checked="" type="checkbox"/> 3 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名 同上	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名 同上	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名 同上	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

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
-------------	---

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 事業所名称 事業主氏名 電話番号	年 月 日	受付日付印
------------------	---	-------	-------

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
