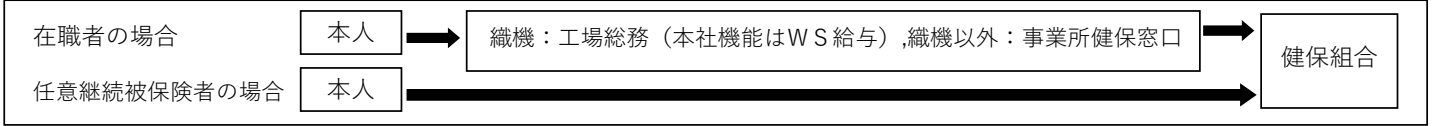


健康保険 資格確認書 交付申請書

提出ルート



豊田自動織機健康保険組合 御中					提出日	令和	年	月	日
被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	記 号	番 号	被保険者氏名					
				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	電話番号	() -			内線番号	-			
	会社名				所属				
	交付 対象者 氏名	氏 名		続柄 ※本人・長男等	申請理由				
					下記、『理由欄』より番号を選択				
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新規・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 : その他 ()							

事 業 主 証 明 欄	上記申請内容について証明致します。							
	年 月 日							
	所在地							
	事業所 名称 代表者氏名 (織機の各工場は総務部（室）長)							

1.注意事項

ボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

2.個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用場合があります。

詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/> をご覧ください。

お問い合わせ先：〒448-0847 愛知県刈谷市宝町 8 丁目 1 番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ TEL0566-21-7784（内線70-4611）

健 保 記 入 欄	決	事務長	G M	担当
	裁			

健保受付印

総務受付印