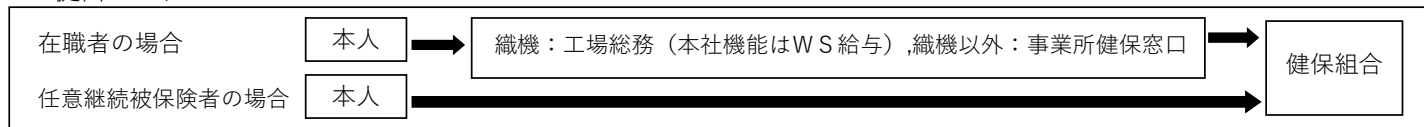


健康保険 資格確認書 交付申請書

丁寧な字でご記入ください。

提出ルート

< 記入例 >



記号・番号は、マイナポータル健康保険証または資格確認書などを確認の上、ご記入ください。

豊田自動織機健康保険組合 御中					提出日	令和 6 年 12 月 2 日				
被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	記 号	1	番 号	12345	被保険者氏名	健保 太郎			
						生年月日	昭和 平成 令和 1 年 1 月 1 日			
	電話番号	(090) 1111 - × × × ×				内線番号	70 - 4611			
	会社名	株式会社豊田自動織機				所属	刈谷工場 ○○部 ○○課			
	交付 対象者 氏名	氏 名		続柄 ※本人・長男等		申請理由				
	健保 太郎		本人		2・8		健康保険証を紛失し、マイナンバーカードを作成・申請中の場合			
	健保 花子		妻		8		健康保険証を紛失し、マイナンバーカードを作っていない場合			
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（ 健康保険証を紛失したため									

申請理由に「8：その他」を選択した場合、必ず理由をご記入ください

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	事業主（総務または人事）の方が記入・捺印してください。				
	事業所 名称					
	代表者氏名 (組織の各工場は総務部（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