

交付日	令和 年 月 日
-----	----------

常務理事	事務長	担当者	担当者

## 健康保険 資格確認書交付申請書

日本製紙健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号 - 番号	-	被保険者の 氏 名		
	被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	被保険者の 現住所	〒 TEL			
	交付する 資格確認書は	・本人用 ・家族用 ※下記に該当する被扶養者をすべて書いてください。			
	家族用のときは 対象となる 被扶養者の氏名	氏 名	続柄	氏 名	続柄
氏 名		続柄	氏 名	続柄	
交付を申請 する理由	※該当番号を○で囲んでください。 1 マイナンバーカードを紛失した、または更新中のため 2 介助者等の第三者が要配慮者に同行して資格確認を補助する必要があるため 3 その他( )				
備 考	— 記入上の注意 — 1 マイナ保険証の利用登録をされている方に対しては、マイナ保険証での受診が難しい場合を除き、 原則として資格確認書を交付しません。 マイナ保険証での受診が難しい場合として以下の場合を想定しています。 ・マイナンバーカードを紛失した場合、更新中の場合 ・介助者等の第三者が要配慮者に同行して資格確認を補助する必要がある場合 等 ・その他の場合は、申請の理由を具体的に詳しく記入してください。  2 健康保険証をお持ちの方は、令和7年12月1日までは資格確認書の交付を申請できません。 健康保険証を使用してください。				

事 業 主 の 証 明	上記のとおり被保険者から資格確認書の交付申請がありましたので提出します。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
電話番号	
	印

受付印