

## 健康保険被保険者資格確認書交付申請書(3ヵ月用)

被保険者等	記号		番号					
	フリガナ		生年月日	昭和	平成			
	氏名			年	月	日		
	住所	〒						
	電話番号							
事業所	名称							
	所在地							
交付対象者	1	フリガナ		続柄				
		氏名		生年月日	昭 平 令	年	月	日
		使用予定期間 (最長3ヵ月)	令和 年 月 日		～	令和 年 月 日		
		申請理由	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を作成中のため				
	3		マイナンバーカードの更新手続き中のため					
	4		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					
	2	フリガナ		続柄				
		氏名		生年月日	昭 平 令	年	月	日
		使用予定期間 (最長3ヵ月)	令和 年 月 日		～	令和 年 月 日		
申請理由		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を作成中のため					
	3	マイナンバーカードの更新手続き中のため						
	4	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						

令和 年 月 日

上記のとおり健康保険資格確認書の交付を申請します。

## 【注意事項】

- 申請書は必ず事業所経由で申請してください。
- 使用終了日は直近の11月30日で申請してください。
- マイナ保険証の利用が可能となりましたら資格確認書はご返納ください。

事業所担当者印

## 【健保使用欄】

令和 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

受領印

水色部分:入力必須

## 健康保険被保険者資格確認書交付申請書(3ヵ月用)

被保険者等	記号	10	番号	●●●●●●●●			
	フリガナ	アサヒ タロウ	生年月日	昭和	平成		
	氏名	朝日 太郎	生年月日	●●年 ●月 ●日			
	住所	〒●●●●-●●●● ●●●●●●●●●●					
	電話番号	●●●●-●●●●-●●●●					
事業所	名称	アサヒビール株式会社					
	所在地	東京都墨田区吾妻橋1-23-1					
交付対象者	1	フリガナ	アサヒ ハナコ	続柄	妻		
		氏名	朝日 花子	生年月日	昭和 ●●年 ●月 ●日		
		使用予定期間 (最長3ヵ月)	令和 7年 1月 1日	~	令和 7年 3月 31日		
		申請理由	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を作成中のため			
	3		マイナンバーカードの更新手続き中のため				
	4		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				
	2	フリガナ		続柄			
		氏名		生年月日	昭和 年 月 日		
		使用予定期間 (最長3ヵ月)	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日		
申請理由		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を作成中のため				
	3	マイナンバーカードの更新手続き中のため					
	4	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					

社員ご本人の情報を記載

ZEUS登録の現住所

原籍会社名・本社住所

任意継続の方は、任意継続と記入、所在地の記載は不要です。

対象者の氏名等

最長3ヵ月としてください。

どれかに○をする

対象者が複数いる場合に記載

令和 年 月 日

上記のとおり健康保険資格確認書の交付を申請します。

**【注意事項】**

- ・申請書は必ず事業所経由で申請してください。
- ・使用終了日は直近の11月30日で申請してください。
- ・マイナ保険証の利用が可能となりましたら資格確認書はご返納ください。

事業所担当者印

--

**【健保使用欄】**

令和 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

受領印

--