

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

スズキ健康保険組合 御中

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。

被 保 険 者 情 報	記号・番号 (左づめで記載)	記号 □□□□	番号 □□□□□□□□	生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和	□□	年	□□	月	□□	日	
	個人番号 (記号・番号を記入した方は記載不要)	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	※個人番号を記載する場合、個人番号の取扱いルールに基づく提出・対応をお願いします。							
	氏名	フリガナ										
	郵便番号	□□□□	-	□□□□□□	電話番号	□□□□□□□□□□□□□□□□						
	住所	都 道 府 県										

対 象 者 欄	対象者	<input 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	同上							生年月日	同上			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①	フリガナ	同上							生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 □□年 □□月 □□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	同上							生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 □□年 □□月 □□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	同上							生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 □□年 □□月 □□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
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【提出先】
 スズキ(株)社員
 ・工場 ⇒ 工場工務課
 ・本社・出向者・駐在員等 ⇒ スズキ(株)ソD
 関連会社・代理店社員
 ・事業所総務課
 任意継続
 ・スズキ健保

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

健保受付 日付印

健保記載欄	担 当	事務長	常務理事
-------	-----	-----	------