

常務理事	事務長	担当者	所属長	担当者

健康保険 資格確認書交付申請書

☐ 新規  
☐ 更新

☒チェックしてください

※更新:有効期限切れによる再申請  
有効期限が切れる1ヶ月前から事前申請が可能です。

リンナイ健康保険組合 殿

令和 年 月 日

被保険者情報	記号・番号	記 号	番 号	社員番号	事業所名称	
	氏 名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住民票住所	〒 ー TEL: (      ) ー				

交付対象者欄	氏 名	フリガナ	続柄		マイナ保険証 への切替予定	有 ・ 無
			住民票 住所			
	氏 名	フリガナ	続柄		マイナ保険証 への切替予定	有 ・ 無
			住民票 住所			
	氏 名	フリガナ	続柄		マイナ保険証 への切替予定	有 ・ 無
			住民票 住所			

申請理由欄	該当するものにチェックをつけてください。	
	<input type="checkbox"/>	マイナンバーカードを紛失したため
	<input type="checkbox"/>	マイナンバーカードの発行(更新)手続き中のため
	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	マイナンバーカードを作っていないため
	<input type="checkbox"/>	マイナンバーカードを返納したため
	<input type="checkbox"/>	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 ➡ ※理由欄記入
	<input type="checkbox"/>	その他 ➡ ※理由欄記入

理由欄	

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。
	所在地
	名称
	氏名
	電話番号

／ 受 付 日 付 印 ＼