

資格確認書交付申請書

西武健康保険組合理事長殿

会社名		所属名
記号	番号	被保険者氏名

健保 使用欄
常務理事
事務長
取扱者

申請理由(該当に○)	
・マイナンバーカード未取得 ・マイナンバーカード更新中 ・マイナンバーカード再交付申請中 ・マイナ保険証未登録 ・介助者等の第三者が資格確認を補助する必要がある ・その他()	

申請の対象者			
被保険者 (本人)	フリガナ	生年月日	性別
	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女 健保使用欄 <input type="checkbox"/> 高齢証
被扶養者 (家族)	フリガナ	生年月日	性別
	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女 健保使用欄 <input type="checkbox"/> 高齢証
	フリガナ	生年月日	性別
	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女 健保使用欄 <input type="checkbox"/> 高齢証
	フリガナ	生年月日	性別
	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女 健保使用欄 <input type="checkbox"/> 高齢証

事業所押印欄	所属押印欄

健保使用欄 受付印

【事業主の証明】

事業所 所在地 名称 事業主名
