

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
〇〇〇〇株式会社		〇〇〇部
記号	番号	被保険者氏名
100	12345	西武 太郎

健保 使用欄
常務理事
事務長
取扱者

申請理由(該当に○)	
<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカード未取得 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード更新中 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード再交付申請中 <input type="checkbox"/> マイナ保険証未登録 <input type="checkbox"/> 介助者等の第三者が資格確認を補助する必要がある <input type="checkbox"/> 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 12年 3月 4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
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

本社担当者・本社承認者で
2名以上が押印

所属担当者・責任者が
押印

事業所	
所在地	埼玉県所沢市くすのき台1-11-1
名称	〇〇〇〇株式会社
事業主名	〇〇〇〇

健保使用欄 受付印
