

健康保険 資格確認書交付申請書

※原則、資格確認書はWEB交付(KOSMO communication web)になります。

住友商事健康保険組合 理事長

確認年月日		
常務理事	事務長	担当者

被保険者	記号・番号	—	事業所の名称	所属部署名
	氏名	フリガナ	生年月日 昭和 平成 年 月 日	
	住所	〒	電話番号	

対象者	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	申請理由
	①	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	②	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	③	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	④	昭和 平成 令和 年 月 日		<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 4 : マイナンバーカードを返納したため
-----	---

留意事項	<ul style="list-style-type: none">マイナ保険証を利用できない状態であることを当組合が確認できた場合は、通常、この申請がなくても資格確認書を発行いたします。(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・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・マイナンバーカードを作っていない)申請受理後、対象者がマイナ保険証を利用可能な状態であることを当組合が確認できた場合は、資格確認書を発行しない場合があります。以下の事由が発生した場合、資格確認書を当組合に速やかに返還願います。(資格確認書の有効期限を過ぎた場合を除く。)<ul style="list-style-type: none">①被保険者の退職、その他の資格喪失事由の発生により加入者でなくなったとき②マイナ保険証が利用可能になったとき
------	--

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
------	---

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--