

被保険者本人の情報を記入する。
記号番号が不明な場合はマイナンバーでも申請可能です。

〔受付日付印〕

健康保険資格確認書交付申請書

三菱自動車健康保険組合 御中

被 保 険 者 情 況	個人番号 (マイナンバー)	個人番号または記号・番号の いずれかを記載してください														
	被保険者等 記号・番号	-										生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名 (自署)	フリガナ														
	住所	〒() 電話番号() 内線不可														

交付対象者の内容を記載する。

該当するものに✓をする。

交 付 対 象 者 欄	対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)のみ	<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)のみ	<input type="checkbox"/> 被保険者及び被扶養者分					
	氏名	フリガナ	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請 理由	以下理由欄より 該当番号を選択
	氏名	フリガナ	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請 理由	以下理由欄より 該当番号を選択
	氏名	フリガナ	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請 理由	以下理由欄より 該当番号を選択
	氏名	フリガナ	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請 理由	以下理由欄より 該当番号を選択

理 由 欄	<ol style="list-style-type: none"> マイナンバーカードを紛失したため マイナンバーカードの更新手続き中のため マイナンバーカードの電子証明書の有効期 マイナンバーカードを持っているが、健康 マイナンバーカードを作っていないため マイナンバーカードを返納したため 要介護認定者・障がい者等でマイナ保険証 <p>※1～7以外の理由で交付を希望する場合は再交付申請書をご提出ください</p>	<p>左の1～7の該当する番号を記入する。 左記以外の理由の場合は再交付になります。</p>
-------------	--	--

何も記入しないでください