

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被 保 険 者 情 報	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日			
	記号・番号	1 0 - 9 8 7 6 5 4 3	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5 2 年	1 0 月	2 5 日
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				
	住所	(〒 123 - 4568)	愛知	都 道 府 県	名古屋市〇〇区▲▼町123番地	
電話番号 (日中の連絡先)	090 (9876) 5432					

チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	(再) 交付の理由
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 (本人) の 交付希望は <input checked="" type="checkbox"/>	被保険者 (本人) 分	同上	2 下記理由欄より 必ず選択ください
被扶養者 ①		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より 必ず選択ください
被扶養者 ②		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より 必ず選択ください
被扶養者 ③		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 4 : 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 5 : マイナンバーカードを作っていないため 6 : マイナンバーカードを返納したため 7 : 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 8 : 資格確認書を滅失・き損したため
-------------	---

事 業 主 欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者から交付申請を行ってください。 ここは空欄のまま勤務先の人事労務担当者へご提出ください。 < RT > 人事労務担当者 → 社労士事務所 → RT健保 < グループ会社 > 人事労務担当者 → RT健保
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

常務理事	理事				
------	----	--	--	--	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄
