

健康保険 **資格確認書** 交付申出書(変更・訂正届添付書類)

※自署の場合は対象者情報の発行希望対象者の氏名欄の押印は省略可能です。

対象者情報欄	被保険者等 記号・番号	○○○○-○○○○	個人番号 (マイナンバー)	○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○
	発行希望	フリガナ ケンボ ハナコ	生年	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○○年○○月○○日生 <input type="checkbox"/> 令和
	対象者氏名	健保 花子	月日	(健保)
電話番号	○○-○○○○-○○○○	住民票 住所	〒 ○○○-○○○ 東京都港区新橋○○-○○-○○	

理由欄	1 : 氏名変更	<p>この書類は、1~4の変更・訂正の書類で資格確認書が必要な場合は、作成して変更・訂正の書類に添付して、ご提出ください。 また、それ以外の変更・訂正の書類を提出の場合は、『5』その他のカッコの中に提出書類名とその理由の詳細をご記入ください。</p>
	2 : 生年月日訂正	
	3 : 性別訂正	
	4 : 取得時(扶養申請時)記入誤り	
	5 : その他( )	
	<b>1</b> (左の□の中に上記1~5に該当する理由の番号をご記入ください。)	
上記理由により、資格確認書の交付を希望いたします。		

事業主欄	上記のとおり資格確認書の交付申出がありましたので届出します。	
	〒	123-4567
	事業所所在地	東京都千代田区丸の内○○-○○-○○
	事業所名称	株式会社 健保商事
	事業主氏名	健保 太郎
電話番号	03-1234-5678	

社 会 保 険 労 務 士 記 入 欄

日付受付印

【注意事項】

- ア. この申出書は、資格確認書の交付が必要な場合、加入者様ご本人に記入していただき各種届出に添付して提出するものです。
- イ. 必ず全ての欄にご記入ください。未記入欄があると返戻対象になります。
- ウ. 発行希望対象者(またはその保護者)の直書の場合は押印不要です。
- エ. 生年月日は年号に☑を入れたうえ、年月日をご記入ください。
- オ. 理由欄は、あてはまる理由の数字を□の中にご記入ください。
- カ. 初回提出時に事業所様が記入誤りをして、生年月日等の訂正で再度資格確認書の交付を希望する場合は、4の『取得時(扶養申請時)記入誤り』を理由として選択していただき発行希望対象者氏名の押印欄は未押印でもかまいませんので、各種届出に添付しご提出ください。
- キ. 初回提出時に**各種届出の資格確認書交付要否欄のチェック漏れがあり**資格確認書の交付を希望する場合は、5の『その他』を理由として選択して()の中にチェックもれをした旨を記入して、発行希望対象者氏名の押印欄は未押印でもかまいませんので、各種届出に添付しご提出ください。
- ク. マイナ保険証を保有しておりオンライン診療を受けれる状況にある方については資格確認書の交付対象者とはなりません。

**今、お手元にあるマイナ保険証をご使用ください。**