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

被保険者情報	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
	記号・番号					ー								生年月日　昭和 平成 令和　年　月　日
	氏　名 (自署)	ﾌﾘｶﾞﾅ												
	住　所	〒（　　ー　　）　電話番号（　　）　内線不可												

	対象者	□　被保険者(本人)のみ	□　被扶養者(家族)のみ					
交付対象者欄	氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	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	1．マイナンバーカードを紛失したため **【紛失によりマイナンバーを変更された方は、別途「マイナンバー変更登録申請書」を提出してください】** 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．要介護認定者・障がい者等でマイナ保険証による受診には第三者(介護者など)のサポートが必要なため **※1～4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**

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

事業主欄	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号

常務理事	事務長	主任	担当	処理	
				IP	No.