

事業所番号

--	--	--	--

健康保険 資格確認書(交付・再交付)申請書

被保険者 (申請者)	事業所名	ENEOSグループ健康保険組合
	マネージャー 担当者	常務理事 事務長 担当者

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください (提出日) 令和 年 月 日

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ) 番号(左づめ)	生年月日
	氏 名	フリガナ	
	郵便番号	電話番号	
	住民票住所	都 道 府 県	

対象者欄	対象者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分	
	被保険者	フリガナ 氏名	生 年 月 日
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生 年 月 日
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生 年 月 日
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生 年 月 日

理由欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため
	2 : 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
	3 : マイナンバーカードの更新手続き中のため
	4 : マイナンバーカードを作っていないため
	5 : 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
	6 : 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
	7 : マイナンバーカードを返納したため
	8 : 資格確認書を滅失・き損したため

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。	受付日付印
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

ENEOS20241202