常務理事	事務長		係

受付日

健康保険 資格確認書　交付申請書

ＳＭＢＣ日興証券グループ健康保険組合 御中

◇申請前に必ずご確認ください◇

- ❖マイナ保険証を利用できる方への交付はできません。マイナ保険証をご利用ください。
- ❖申請理由について確認させていただく場合がありますので、正確に記入してください。
- ❖学校や幼稚園等から資格確認書の提出を求められたときは、資格情報のお知らせにて対応してください。

提出日：令和　　年　　月　　日

被保険者	健康保険記号番号	記号	番号	被保険者氏名	
	生年月日	昭和・平成　年　月　日		電話番号（日中の連絡先）	

	申請理由※	氏名	続柄	生年月日
交付対象者				昭和・平成・令和　年　月　日
				昭和・平成・令和　年　月　日
				昭和・平成・令和　年　月　日
				昭和・平成・令和　年　月　日

※申請理由は下記の中から選んで番号を記入してください

申請理由	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 9　：　その他（　　）

事業主	住所 名称 代表者名

健保使用欄		マイナ保険証の保有	用紙タイプ
	①	あり　なし	Ａ４　ハガキ
	②	あり　なし	Ａ４　ハガキ
	③	あり　なし	Ａ４　ハガキ
	④	あり　なし	Ａ４　ハガキ

※ 一般被保険者（社員）の方は事業主（社長等）の承認印をもらってください
ＳＭＢＣ日興証券(株)の方の承認印は、第二人事課で押印となります（送付先：第二人事課）