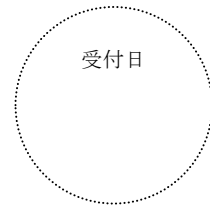


常務理事	事務長		係



## 健康保険 資格確認書 交付申請書

SMB C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 7年 12月 2日

被 保 険 者	健康保険 記号番号	記号 3	番号 1234567	被保険者 氏名	日 興 太 郎
	生年月日	昭和・平成 ●●年 ●●月 ●●日		電話番号 (日中の連絡先)	●●●●-●●●●-●●●●

交 付 対 象 者	申請理由※	氏名	続柄	生年月日
	1	日 興 太 郎	本人	昭和・平成・令和 ●●年 ●●月 ●●日
	2	日 興 一 朗	長男	昭和・平成・令和 ●●年 ●●月 ●●日
				昭和・平成・令和 年 月 日

マイナ保険証を保有していない方や、特段の理由があり「資格確認書」の交付を希望する方は、申請理由から選択して番号を記入してください。  
該当する理由がないときは、「9」を選び、申請理由欄の（ ）に理由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	A 4	ハガキ
	②	あり	なし	A 4	ハガキ
	③	あり	なし	A 4	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

SMB C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）