（令和6年12月改定）

常務理事	事務長	担当

健康保険 資格確認書交付申請書（任継用）

被保険者情報	記号	200	番号		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名	（フリガナ） （氏）			（名）				
	住所	〒			電話番号				

対象者欄	被保険者	（フリガナ） （氏名） 同上	生年月日 同上				申請理由 □ 下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者①	（フリガナ） （氏名）	生年月日 昭和 平成・令和	年	月	日	□ 下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者②	（フリガナ） （氏名）	生年月日 昭和 平成・令和	年	月	日	□ 下記、理由欄より必ず選択ください	
	被扶養者③	（フリガナ） （氏名）	生年月日 昭和 平成・令和	年	月	日	□ 下記、理由欄より必ず選択ください	

理由欄	1. マイナンバーカードの滅失再交付申請中なため 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. マイナ保険証の利用登録をしたか覚えていないため 9. その他（　　）

健保受付印

LIXIL健康保険組合