提出先:各会社の社会保険担当者 【任意継続/特例退職の方】 〒103-0015

東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウィング10階 日本アイ・ビー・エム健康保険組合

常務理事	事務長	GL	担当者		

## 健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

「資格確認書」の交付を希望する場合にご使用ください

「資格確認書」の交付対象となるのは、「マイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない状況にある方」に限られます。

			記号												
被保険者情報	lii0	記号·番号								口印		年		月	日
	氏名						電話			番号					
		住所		_			都 道府 県								
		対象者		被保険	者(本人)	分のみ		被扶養者	(家族)	分のみ		被保険者	まおよび	被扶養者	<b></b>
		フリガナ						生年月日					申請理由	3	
対象者欄	被保険者	氏名		同	上					同	上			下記、理6 必ず選択く	
	被	フリガナ						生年月日					申請理由	3	
	扶養者①	氏名						□ 昭和□ 平成□ 令和		年	月	日		下記、理6 必ず選択く	
ТІЖІ	被	フリガナ						生年月日					申請理由	1	
	扶養者②	氏名						□ 昭和 □ 平成 □ 令和		年	月	日		下記、理印 必ず選択ぐ	
	被	フリガナ						生年月日					申請理由	3	
	扶養者③	氏名					_	□ 昭和 □ 平成 □ 令和		年	月	日		下記、理6 必ず選択く	
理由欄	1RR														
		このとおり被保険	者から交付の	申請がありま	したので届出	します。				決	裁日付	印		受付日付	印
事業主		業所名称													
欄	事	業主氏名													
	雷	<b>託悉</b> 县													