

【提出先】  
〒510-8552 三重県四日市市川尻町100番地  
JSR健康保険組合 適用担当

係	事務長	常務理事

任 **健康保険 資格確認書交付申請書**

申請日 令和 年 月 日 \*A4用紙で印刷し、太枠内について事実を正確に記入下さい。訂正がある場合は二重線で抹消し、訂正印を押印下さい。(鉛筆での記入不可、裏紙印刷不可)

被保険者等記号・番号			被保険者の氏名		生年月日	
記号	20	番号	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> S	年 月 日
					<input type="checkbox"/> H	
					<input type="checkbox"/> R	
被保険者の現住所					勤務する事業所名称	
〒	—	都道	区市		任意継続被保険者	
		府県	郡	TEL( )		

**<ご注意>**

①以下「申請理由一覧」の3・4・5・6のいずれかに該当する方には原則として健保組合から資格確認書が交付されますのでこの申請書は不要です。

②以下の方には、資格確認書は交付されません。

- ・健康保険証をお持ちの方
- ・マイナ保険証を利用できる方

対象者	氏名	続柄	申請理由	申請理由一覧
				<input type="checkbox"/> 右記の理由一覧より選択ください
			<input type="checkbox"/> 右記の理由一覧より選択ください	
			<input type="checkbox"/> 右記の理由一覧より選択ください	
			<input type="checkbox"/> 右記の理由一覧より選択ください	

この申出書を、以下の添付書類と一緒に当健康保険組合まで提出してください。  
・被保険者および対象者の、運転免許証(写)またはパスポート顔写真面(写)またはマイナンバーカード(写)

・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

JSR健康保険組合

※健保処理欄

健保受付日付印	返送