

（資確）

この申請書は、医療機関等においてオンライン資格確認を受けられない場合に限り、ご使用ください。

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号（左づめ）										番号（左づめ）										生年月日																			
		<div></div>										<div></div>										<div><div>1.昭和</div><div>2.平成</div><div>3.令和</div></div> <div><div></div><div></div></div> 年 <div><div></div><div></div></div> 月 <div><div></div><div></div></div> 日																			
	個人番号 （マイナンバー）	<div></div>										<div></div>										<div></div>										記号・番号をご記入（印字）された場合は個人番号（マイナンバー） のご記入は必要ありません。（記入（印字）された場合は本人確認書 類等の添付が必要になります。）									
	氏名 （カタカナ）	<div></div>																														姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（・）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。									
	氏名																																								
郵便番号 （ハイフン除く）	<div></div>										電話番号 （左づめハイフン除く）										<div></div>																				
住所	<div><div>都</div><div>道</div><div>府</div><div>県</div></div>																																								

対象者			
	1. 被保険者(本人)分のみ……………「交付理由」をご記入ください。 2. 被扶養者(家族)分のみ……………④欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分……④欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。		
交付対象者	⑦被保険者 氏名(カタカナ)	生年月日	交付理由
	同上	同上	※該当する場合は☑を入れてください。
	(1)氏名(カタカナ)姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(^)は1字としてご記入ください。	生年月日	<input type="checkbox"/>  以下のケースに該当するような、マイナ保険証を利用できない状況にあるため。  (例) ・マイナンバーカードを所持していない  ・マイナ保険証の利用登録をしていない  ・家族や介助者等が同行して資格確認を補助する必要がある  ・その他事由による
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <div><div></div><div></div></div> 年 <div><div></div><div></div></div> 月 <div><div></div><div></div></div> 日	
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			
①被扶養者	(2)氏名(カタカナ)姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(^)は1字としてご記入ください。	生年月日	
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <div><div></div><div></div></div> 年 <div><div></div><div></div></div> 月 <div><div></div><div></div></div> 日	
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		
	(3)氏名(カタカナ)姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(^)は1字としてご記入ください。	生年月日	
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <div><div></div><div></div></div> 年 <div><div></div><div></div></div> 月 <div><div></div><div></div></div> 日	
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		
備考			

事業主欄	上記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。		任意継続被保険者の方は、 事業主欄の記入は不要です。
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;"> <b>社会保険労務士の 提出代行者名記入欄</b> </div>			
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。			
MN確認 (被保険者)	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>	1. 記入有(添付あり) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり)	その他
		1. その他 2. 処理票	(理由)
		枚数	
		<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 40px;"></div>	

2	7	5	1	1	1	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---

受付日付印