

年 月 日

U-NEXT HOLDINGS健康保険組合

健康保険資格確認書交付申請書

被保険者	記号		被保険者氏名 (自署)			
	番号					
性別		男・女	生年月日	S・H・R	年	月 日
被保険者の 現住所（送付先）		〒 — TEL				
交付申請 対象者 1.2 いずれか、または 両方を○で囲んで ください。	1	被保険者（本人）分			【申請理由】必ず記入してください。	
	2	被扶養者（家族）分		交付を申請する被扶養者の氏名・生年月日・続柄・申請理由を記入してください。		
		(続柄：)			【申請理由】必ず記入してください。	
		S・H・R 年 月 日				
		(続柄：)			【申請理由】必ず記入してください。	
		S・H・R 年 月 日				
	(続柄：)			【申請理由】必ず記入してください。		
S・H・R 年 月 日						
合計 (1.本人 + 2.家族 を合わせた枚数) 枚						
事 業 主 の 証 明 欄						
事業所所在地 事業所名称 事業所代表者名		〒 — (公印省略)				

— 記入上の注意 —

- マイナ保険証の利用登録をされている方に対しては、マイナ保険証での受診が難しい場合を除き、原則として資格確認書を交付いたしません。
※マイナ保険証での受診が難しい場合として以下の場合を想定しています。
 - ・マイナンバーカードを紛失した場合や更新中の場合。
 - ・介助者等の第三者が要配慮者に同行して資格確認を補助する必要がある場合。
- 申請理由を具体的かつ詳細に記入してください。