

村田製作所健康保険組合 資格確認書発行申請書

提出先：MMC本社 HRサービス課 社保係宛

【注意事項】

記号・番号は資格情報のお知らせをご確認のうえ記入してください。ご不明の場合は空欄とし、氏名コードを記入してください。
 4人以上の被扶養者について申請する場合、被保険者情報欄については2枚目以降も同じように記入してください。
 理由欄のいずれかに該当する場合に限り発行します。確認のため発行までお時間をいただくことがあります。
 また、確認の結果発行理由に該当しなければ資格確認書の発行は行いませんので、ご了承ください。
 資格確認書の発行申請や受領後も、マイナンバーカードの健康保険証利用登録手続きを行うことは可能です。

村田製作所健康保険組合			
事務長	確認	担当	証発行

被保険者情報	記号-番号	記号	番号	生年月日 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
	氏名	フリガナ		氏名コード
	郵便番号		昼間連絡可能な電話番号	
	住民票記載 現住所		都 道 府 県	

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 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 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 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 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 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 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	<p>本人の申請に基づき「資格確認書」の発行を行うことは、No.1～3の理由に限定されます。</p> <p>1：マイナンバーカードを紛失したため 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</p> <p>また、4～8の理由については、村田製作所健康保険組合が該当有無を確認し、資格確認書を発行します。 要件確認等のため、1か月以上お時間をいただくことがあります。</p> <p>4：マイナンバーカードを作っていないため 5：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 6：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 7：マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除を申請したため 8：マイナンバーカードを返納したため</p> <p>資格確認書を滅失・棄損した場合は、9を記入してください。 9：資格確認書を滅失・き損したため</p> <p>マイナンバーカードまたは資格確認書を紛失された際は、最寄りの警察署または交番にすみやかに届け出してください。</p>

事業主欄	※会社で記入しますので記入不要です
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付印

個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。