

健康保険 資格確認書(紙)交付願

※在職中の被保険者は原則、紙交付不可。(要配慮者除く)

住友商事健康保険組合 理事長

確認年月日		
常務理事	事務長	担当者

被保険者	記号・番号	—	事業所の名称	所属部署名	
	氏名	フリガナ		生年月日	
	住所 (特例退職・任意継続は送付先住所を記入)	〒		電話番号	

対象者	①	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	申請理由 ☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	②	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	申請理由 ☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	③	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	申請理由 ☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	④	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	申請理由 ☐ 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	A : スマートフォンをお持ちで無い方(乳幼児・児童など) B : 第三者の介助が必要など、マイナ保険証やWEB資格確認書での受診が困難な方
-----	---

留意事項	・ 申請受理後、対象者がWEB資格確認書を利用可能であると当組合が判断した場合は紙資格確認書を発行しない場合があります。 ・ 以下の事由が発生した場合、紙資格確認書を当組合に速やかに返還願います。(有効期限を過ぎた場合を除く。) ①被保険者の退職、その他の資格喪失事由の発生により加入者でなくなったとき ②マイナ保険証が利用可能になったとき
------	---

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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 電話番号

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--