健康保険資格確認書 交付申請書

受付印

2025.4 改

健保使用欄	事務長・室長	主 務	係 員

デンソー健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

被保険者欄						
記号		番号		被保険者名		
資格取得日	昭・平・令 年 月 日			被保険者生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
自宅住所	〒					
事業所名	1. ㈱デンソー (所属部署:) 2. その他の事業所(事業所名:)			従業員番号		

交付希望者欄						
①	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	申請理由No.(下記理由欄から選択)	
②	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	申請理由No.(下記理由欄から選択)	
③	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	申請理由No.(下記理由欄から選択)	

理由欄

申請理由No.	以下の理由欄より該当する番号を交付希望者欄の『申請理由No. 』へ記入してください。
1	マイナンバーカードを紛失したため ⇒ 紛失等によりマイナンバーが変わる場合は、「個人番号変更届」を提出してください。
2	マイナンバーカードの更新手続き中のため
3	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
4	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 ⇒ 健康保険証利用登録をしていただければこの申請書の提出は不要です。 登録はマイナポータル(アプリ)、医療機関窓口、セブン銀行ATMで行えます。
5	マイナンバーカードをこれから作成する予定で、今は手元にないため
6	マイナンバーカードを作成する意志がないため
7	マイナンバーカードを返納したため
8	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
9	資格確認書を滅失・き損したため
10	海外出向中(帯同中)でマイナンバーカードを取得できないため

資格確認書交付までお時間を要します。予めご了承ください。

≪(株)デンソー以外の事業所≫ 事 業 主 署 名 欄

所在地

名 称

事業主 印

書記記入欄		
	担当書記名(フルネーム)	
	書記メール	〒
	書記内線	

提出経路		
	この交付申請書のみ提出する場合	㈱デンソー 被保険者→書記→健康保険組合 ㈱デンソー以外 被保険者→健保担当部署・事業主※→健康保険組合 ※事業主の署名・押印が必要です
	申請書類(扶養追加・氏名変更・滅失(紛失)等)に添付する場合	申請書の提出経路に従って提出ください。

＜注 意 事 項 ＞

1. 資格取得届の提出前、扶養追加申請前に、この交付申請書のみをご提出いただいても、資格確認書は交付できません。
2. マイナンバーカードを保有し健康保険証利用登録を行っている方は、この申請をすることはできません。
3. 記号、番号、資格取得日が不明な場合は、空欄としてください。
4. 資格確認書の有効期限は申請書受付日から原則3か月です(最長5年)。※申請理由により異なります。

＜お問い合わせ先＞

デンソー健康保険組合 〒448-8661 刈谷市昭和町1丁目1番地

電話:0566-25-3121 FAX :0566-24-6301

内線 ㈱ﾃﾞﾝｿｰ:551-89134,89135 ㈱ﾃﾞﾝｿｰ以外:551-89137,89138,89139

個人情報保護に関しては、https://www.denso-kenpo.or.jp/policy をご覧ください。

健保使用欄	確認書交付	確認書送付	備考欄