

|                                                                  |                               |                                                                                                      |                                                            |          |                   |                        |   |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------|-------------------|------------------------|---|
|                                                                  |                               | 事務長・室長                                                                                               |                                                            | 主 務      |                   | 係 員                    |   |
| 健康保                                                              |                               | ◆任意継続加入済みの方<br>⇒ご自分の保険証記号番号を記入してください。<br>◆任意継続未加入者の方（任意継続資格取得申請書に添付する場合）<br>⇒番号・資格取得日は空欄のまま提出してください。 |                                                            |          |                   |                        |   |
| 受付印                                                              |                               | 2025.2 改                                                                                             |                                                            |          |                   |                        |   |
| デンソー健康保険組合 御中                                                    |                               | 日 提 出                                                                                                |                                                            |          |                   |                        |   |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄                                            | 記号                            | 90                                                                                                   | 番号                                                         | 〇〇〇〇〇    | 被保険者名             | デンソー 太郎                |   |
|                                                                  | 資格取得日                         | 昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日                                                                                   |                                                            |          | 被保険者<br>生年月日      | 昭和・平成 62 年 5 月 5 日     |   |
|                                                                  | 自宅住所                          | 〒448-〇〇〇〇<br>愛知県 刈谷市 〇〇町 〇〇番地                                                                        |                                                            |          |                   |                        |   |
| 交<br>付<br>希<br>望<br>者<br>欄                                       | ①                             | 氏名                                                                                                   | デンソー 花子                                                    | 生年<br>月日 | 昭・平・令 元 年 3 月 3 日 | 申請理由No.<br>(下記理由欄から選択) | 4 |
|                                                                  | ②                             | 氏名                                                                                                   | デンソー 次郎                                                    | 生年<br>月日 | 昭・平・令 2 年 2 月 2 日 | 申請理由No.<br>(下記理由欄から選択) | 2 |
|                                                                  | ③                             | 氏名                                                                                                   | 【注意】資格確認書は、マイナンバーカードを所持しており、<br>健康保険証利用登録をしている場合は、交付できません。 |          |                   | 申請理由No.<br>(下記理由欄から選択) |   |
|                                                                  | ④                             | 氏名                                                                                                   |                                                            | 月日       |                   | 申請理由No.<br>(下記理由欄から選択) |   |
| 理<br>由<br>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<br>⇒紛失等によりマイナンバーが変わる場合は、デンソー健康保険組合へ「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                                                                                 |                                                            |          |                   |                        |   |
|                                                                  | 4                             | マイナンバーカードを持っているが、健康保険                                                                                |                                                            |          |                   |                        |   |
|                                                                  | 5                             | マイナンバーカードをこれから作成する予定で                                                                                |                                                            |          |                   |                        |   |
|                                                                  | 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 |                                                                                                      |                                                            |          |                   |                        |   |
| 申請理由の1～10の中から資格確認書が必要となる理由として当てはまるものを選び、その番号を【申請理由No.】へ記入してください。 |                               |                                                                                                      |                                                            |          |                   |                        |   |
| 資格確認書交付までお時間を要します。<br>予めご了承ください。                                 |                               |                                                                                                      |                                                            |          |                   |                        |   |

<注 意 事 項>

- 任意継続資格取得前や扶養追加申請前に、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。
- 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。
- 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。
- 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

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<br>保<br>使<br>用<br>欄 | 確認書交付 | 確認書送付 | 備考欄 |
|                       |       |       |     |