

# 健康保険被保険者 資格確認書交付申請書

常務理事	事務長		担当

データ /																	
被保険者証の記号・番号				被 保 険 者 氏 名				性 別	生 年 月 日				資 格 取 得 年 月 日				
記号	番号	(氏)	(名)	印				男・女	年号	年	月	日	年号	年	月	日	
被保険者の住所																	
交付該当者						被 扶 養 者 の 場 合											
被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者						氏名					生年月日	年号	年	月	日	続柄	
申請理由																	

上記のとおり被保険者から交付申請がありましたので届出いたします。

令和 年 月 日

NDS健康保険組合理事長 殿

事業所所在地  
事業所名  
事業主名

印

受付日付印

(注) マイナ保険証が利用できる状態になった場合は、資格確認書を健康保険組合へ返納ください。