

	常務理事	事務長	主任	担当
決裁				

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

① ※太枠内を記入してください。

健康保険 ② ☐被保険者 ☒被扶養者 資格証明書交付申請書

下記の通り、健康保険資格証明書の交付を申請いたします。

③ 提出日 令和 3 年 4 月 1 日

被保険者情報										※枝番(-00)記入は不要です。									
被保険者の記号・番号										フリガナ ケンコウ タロウ									
④ 記号 1 1 1 番号(右詰め) 1 1 1 1 1 1 1 1 1										被保険者氏名 健康 太郎									
事業所名										連絡先									
社名										所属									
⑥ ルネサスエレクトロニクス(株)										製造部									
⑦ 従業員番号(右詰め) ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●										事業所コード									
										⑫ ※事業所コードは、事業所健保担当者が記入									

申請内容									
⑧ 氏名									
フリガナ ケンコウ シロウ									
健康 二郎									
⑨ 生年月日									
☐ 昭和 ☒ 平成 2 7 年 1 月 1 日 ☐ 令和									
被保険者との続柄 長男									
⑩ 住所									
〒 123-4567 東京都 ○○区 ○○一丁目2番3号									
⑪ 申請理由									
医療機関を受診しようとしたが、資格確認書再交付申請中につき、資格確認書が手元にないため。									

<注意事項>

- 1.資格確認書の再交付申請中等で、手元に無い場合に事業主から資格証明書(資格確認書の替り)の交付を受ける場合の申請書です。
- 2.既に健保組合へ登録されている方が対象となりますので、被扶養者申請中の方の証明書を交付することは出来ません。
- 3.実際に医療機関等で受診される場合のみ発行いたします。

<申請書の送付先>

社会保険労務士法人なんの木事務所 郵送：〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29
社内郵便：本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木

上記の申請について事実と相違ないことを証明します。									
事業所所在地 ○○○○○○○○○○									
事業所名称 ○○○○○○○○○○									
事業主氏名 ○○ ○○									
⑫ 事業所担当者印									
受付日付印									
証明書発行									

事業所 記入欄 担当	交 付 No.	交 付 年 月 日			有 効 期 間						
		年	月	日	年	月	日	～	年	月	日
		令和			令和						

【被保険者記入・確認事項】

- ① 太枠内を正確に記入願います。
- ② 申請者について『被保険者』または『被扶養者』にチェック☑してください。
- ③ 提出年月日は必ず記入願います。
- ④ 被保険者の記号・番号を正確に記入願います。 ※枝番(-00)記入は不要です。
- ⑤ 被保険者氏名を自署願います。
- ⑥ 事業所名及び連絡先を正確に記入願います。
- ⑦ 従業員番号を正確に記入願います。
- ⑧ 申請する対象者の氏名を記入願います。
- ⑨ 申請する対象者の生年月日・続柄を記入願います。
- ⑩ 申請する対象者の住所を記入願います。
- ⑪ 申請理由を詳細に記入願います。

【事業所健保担当者確認事項】

- ⑫ 事業所健保担当者は、事業所コードの記入・日付のわかる事業者担当者印を押印し、再度記入漏れ等がないか確認のうえ、事業主欄を記入し健保組合へ提出してください。