

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

以下のいずれかに該当する場合、本申請書をご使用ください。

・交付済の健康保険証／資格確認書やマイナンバーカードを滅失・き損し、マイナ保険証が利用できない場合(※1)

・入社に伴う加入(※2)や再雇用・氏名変更(※3)などの「資格情報の変更」に伴い、
マイナ保険証が利用できない等の理由で該当の手続きとあわせて資格確認書の交付を希望する場合

※1 交付済の健康保険証を紛失した場合は、本紙と併せて「健康保険被保険者証滅失届」を添付して提出してください。

※2 入社と同時に資格確認書の交付を希望する場合、1、2、7の理由に該当する方は資格取得時に本申請書を提出してください。

※3 氏名変更に伴う申請の場合、「変更後の氏名」で本紙を記載し、変更届に添付してください。

※4 マイナンバーカードの「健康保険証利用登録」解除申請に伴い資格確認書の交付希望をする場合、本申請書の提出は不要です。

代わりに解除申請書の提出が必要。解除申請者には資格確認書を交付(健康保険証をお持ちの方は経過措置期間中、交付不可)

※記号・番号はマイナポータル、資格情報のお知らせよりご確認ください

記号・番号	記号(左づめ)		番号(左づめ)		生年月日	
					1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	
氏名	フリガナ 					
郵便番号			電話番号			
住所	都 道 府 県					

対象者欄	対象者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	理由	1 : マイナンバーカードを紛失したため 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 5 : マイナンバーカードを作っていないため 6 : マイナンバーカードを返納したため 7 : 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 8 : 資格確認書を滅失・き損したため
	■1,8の場合 警察への届出年月日	年 月 日 ■警察名

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。	受付日付印
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号		

健康保険組合欄	常務理事	事務長	担当者