健康保険　資格確認書（再）交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。　**注）マイナ保険証を使える方は申請する必要はありません。**
健保でマイナ保険証が使えることを確認できた場合は交付しません（※「理由欄」 1、2、7を除く）

被保険者情報				
記号・番号	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日	
			5. 昭和 7. 平成 9. 令和　　年　　月　　日	
氏名	フリガナ			
郵便番号	―	電話番号	（　　）　　―	
住所（居所）	都　道 府　県			

交付対象者欄				
交付対象者	選択してください	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		
対象者1	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
	個人番号	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　　年　　月　　日	下記、理由欄1～8より必ず選択してください	
対象者2	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
	個人番号	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　　年　　月　　日	下記、理由欄1～8より必ず選択してください	
対象者3	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
	個人番号	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　　年　　月　　日	下記、理由欄1～8より必ず選択してください	

理由欄

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作成・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 ： 要介護の高齢者や障害者で、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

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。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

※健保組合　処理欄　　令和　　年　　月　　日

決裁	常務理事	事務長	審　査	担　当