

## 健康保険

## 資格確認書（再）交付申請書

常務理事	事務長	課長	合議	係

資格確認書の交付・再交付を希望する場合にご使用ください。

有効期限 令和 年 月 日

被 保 險 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からぬ場合はマイナンバーを記入してください																												
	被保険者等 記号・番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
氏名 (フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日																										
住所 (〒 一 )				<input type="checkbox"/> 平成	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																										
				<input type="checkbox"/> 令和	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																										

対 象 者 欄	対象者 <input type="checkbox"/>	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	申請理由 (下記理由欄より番号を選択してください)										
	被 保 險 者 氏名 (フリガナ)	生年月日 同上	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	被 扶 養 者 ① (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
被 扶 養 者 ② (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
被 扶 養 者 ③ (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						

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

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。	令和 年 月 日 提出
事業所所在地	<input type="checkbox"/> 決定日付印
事業所名称	<input type="checkbox"/> 受付日付印
事業主氏名	
電話番号	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

## 〈注意事項〉

資格確認書の交付には、理由欄に記載の申請理由が必要です。

理由欄以外の理由（念のため保有したい等）は交付対象外です。

健保組合にてマイナ保険証の登録状況等を確認し、資格確認書の交付対象であると認められる場合に交付します。

### ◆ 申請書に被保険者のマイナンバーカードを記載した場合 ◆

(被保険者の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記載は不要です。)

#### ・本人確認書類

##### ●マイナンバーカード（個人カード）をお持ちの場合

マイナンバーカードの表面・裏面の両方のコピーを添付してください。

##### ●マイナンバーカードをお持ちでない場合

以下の添付書類①②を申請書に添付してください。

###### ①個人番号確認書類の写し いずれか1点

・通知カード

・住民票（マイナンバー記載のあるもの）

・住民票記載事項証明書（マイナンバーの記載のあるもの）

###### ②身元確認書類（顔写真付きの身分証の写し） いずれか1点

・運転免許証

・パスポート

・その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー