常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険資格確認書（再）交付申請書

●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。なお、入社や扶養認定で新規資格取得された方はこの申請書は提出不要です
●マイナ保険証を利用可能な方には資格確認書は交付されない場合がありますのでご了承ください
※2025年12月1日まで利用可能な保険証をお持ちの方には資格確認書は交付いたしませんのでご了承ください

被保険者情報

記号・番号 不明時は番号欄へ 社員番号を記入	記号（右つめ）　―　番号（右つめ）	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 （ハイフンなし）		電話番号 （ハイフンなし）	
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 5 昭和 7 平成 9 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 5 昭和 7 平成 9 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 5 昭和 7 平成 9 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

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
4 ： 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
5 ： 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
6 ： マイナンバーカードを持っていないため
7 ： マイナンバーカードを返納したため

※4～7の事由に関しては健康保険組合にて確認可能につき当面の間、健康保険組合より資格確認書を発行いたしますので申請は不要となります。

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

※記入後は勤務先の会社人事（総務）担当あてに
送付してください

2024年11月　初版