

# 健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	所属事業所から届出済のため記入不要です	
	記号・番号	記号(左つめ) 000	番号(左つめ) XXXX
	氏名	フリガナ ケン ホ タロウ 健保 太郎	
	郵便番号	0000000	電話番号 00-0000-0000
	住所	〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇町〇〇-〇	

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
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和

1~8以外の理由による  
交付申請はできません。

- 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、または紛失したため

◆申請理由が「8」の場合は、被保険者本人の顔写真がある以下のいずれかを添付してください。

- 社員証の写し
- 運転免許証の写し
- パスポートの写し
- マイナンバーカードの写し

\*いずれも所持されていない場合は被保険者本人の住民票を添付してください。

◆また、資格確認書き損の場合は、き損した資格確認書を添付してください。

◆資格確認書紛失の場合は警察への届出を行い、以下記入のうえ、その受理証を添付してください。

届出警察署 ( )

受理日・番号 ( )

受理証がない場合その理由:

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 〇〇県〇〇市〇〇-〇

事業所名称 株式会社〇〇〇〇

事業主氏名 代表取締役 健康 保

電話番号 00-0000-0000

申請理由が「8」の場合は  
必要な添付書類を確認し  
添付してください。

社会保険労務士の  
提出代行者名記入欄

ご記入いただいた内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

(健康保険組合使用欄) 受付日付印

常務理事	事務長			担当者