

健康保険資格確認書（再）交付申請書

資格情報に記載されている
番号をご記入ください

資格で、保険証利用登録済の方は原則届出できません。

被 保 険 者 情 報 欄	資格情報		フリガナ	ケンポ タロウ	申請日	2024 年 12 月 2 日
	記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎	電話番号	〇〇〇-△△△-××××
	1234	5678			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成
	(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。					
住所 (住民票)	〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市中区〇〇〇〇△△△△××××					

交付する対象者を下記にご記入ください

交付する対象者を下記にご記入ください							申請理由
被 保 険 者	フリガナ				生年月日		下記、理由欄より
	氏名				年		空欄不可、必ずご記入ください
被 扶 養 者 ①	フリガナ	ケンポ イチロウ	※続柄		生年月日		下記、理由欄より 必ずご選択ください
	氏名	健保 一郎	長男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	30 年 8 月 5 日		1
被 扶 養 者 ②	フリガナ		※続柄		生年月日		下記、理由欄より 必ずご選択ください
	氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
被 扶 養 者 ③	フリガナ		※続柄		生年月日		下記、理由欄より 必ずご選択ください
	氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
被 扶 養 者 ④	フリガナ		※続柄		生年月日		下記、理由欄より 必ずご選択ください
	氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
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						

上記について相違ないことを証明します。

年 月 日

事業主証明

事業所住所

事業主氏名

◆申請ルート◆ 申請者→事業所→健保組合

※任意継続被保険者の方は事業主証明欄の記入は不要です。申請者→健保組合へ直接ご提出ください。

社会保険労務士記載欄