

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

済で、保険証利用登録済の方は原則届出できません。

申請日		2024 年 12 月 2 日	
電話番号		〇〇〇-△△△-××××	
被保険者情報欄	資格情報	フリガナ	ケンポ タロウ
	記号	番号	1234 5678
被保険者氏名		健保 太郎	
生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1 年 6 月 1 日	
(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-△△△△ 愛知県名古屋市〇〇〇〇△△△△××××		

交付する対象者を下記欄に記載ください				申請理由
被保険者	フリガナ	氏名	生年月日	下記、理由欄より
被扶養者①	ケンポ イチロウ	健保 一郎	30 年 8 月 5 日	1
被扶養者②				
被扶養者③				
被扶養者④				
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 : 資格確認書を滅失したため 9 : 資格確認書をき損したため			

続柄は子と記入せず、長男、二女、  
養子など具体的に記入してください

空欄不可、必ずご記入ください

事業主証明	上記について相違ないことを証明します。		
	_____ 年 月 日		
事業主住所			
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