

# 資格確認書（再）交付申請書

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567	被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入	
	氏名	健康 太郎	被保険者の マイナンバー	※ 注4 - -
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 45 年 4 月 1 日	申請年月日	令和 6 年 12 月 20 日
	住民票住所	〒 111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション405号室		

資格確認書の即時発行を希望します。  
また、健康保険の資格に異動が生じた場合やマイナ保険証の利用を開始した場合は、資格確認書を返却します。

(再) 交付が必要な対象者にチェックを入れ、氏名・生年月日・申請理由を記入してください。

対 象 者 欄	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	同上	同上	4
	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者①	フリガナ ケンコウ ハナコ 氏名 健康 花子	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 50 年 9 月 10 日	6
	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者②	フリガナ ケンコウ ソウマ 氏名 健康 颯真	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 16 年 5 月 2 日	5
	<input type="checkbox"/> 被扶養者③	フリガナ 氏名	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 被扶養者④	フリガナ 氏名	申請理由は下記の①～⑧から選択し 番号で記入してください。	

申請理由	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. マイナンバーカードを紛失したため</li> <li>2. マイナンバーカードを更新中のため</li> <li>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</li> <li>4. マイナンバーカードを持っているが、健康保険証の利用登録を行っていないため</li> <li>5. マイナンバーカードを作っていないため</li> <li>6. マイナンバーカードを返納したため</li> <li>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</li> <li>8. 資格確認書を滅失・き損したため</li> </ol>
------	---

上記のとおり申請がありましたので届出します

この届出は、事業主の証明が必要です。  
(※任意継続被保険者の方は除く)  
事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。

- 【注意事項】
1. この届は、資格確認書の（再）交付を希望するときに提出してください。
  2. 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。（修正テープ使用不可）
  3. 選択欄は該当数字を記入するか該当数字に○を、チェック欄は□にを記入してください。
  4. 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。  
(被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。)