常務理事	事務長	担当者

健康保険　資格確認書（再）交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報

個人番号（マイナンバー）	1 … 3	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。
記号・番号	記号（左 … 1 1 1 1 1 1 1	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 3 5 年 0 5 月 0 1 日
氏名	フリガナ　ダイヘン　タロウ（ご本人のお名前のフリガナを記載してください） 大変　太郎（被保険者本人のお名前を記載してください）	
郵便番号	1 1 1 1 1 1 1	電話番号
住所	都道府県 被保険者本人の住所を記載	

記号番号を記入される場合は
個人番号の記入は不要です

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 1 昭和 2 平成 3 令和 年	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 1 昭和 2 平成 3 令和 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 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

資格確認書が必要な対象者について
１～３から選択してご記入ください

ご家族に必要な対象者が
おられる場合はこちらに
１名ずつご記入ください。

申請理由欄から選択してご記入ください

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

事業主欄

上記のとおり被保険
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号
印

上記理由以外の理由による
資格確認書の交付はできません。
マイナンバーカード取得と
保険証利用登録はお早めにお願いします。

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄