

有効な健康保険証を有している方へは交付することができませんのでご注意ください。経過措置期間が終了するまでにマイナ保険証での受診へ切り替えてください。経過措置期間終了時にマイナ保険証を保有していない方へは「資格確認書」を健康保険組合にて職権交付いたしますので、申請いただく必要はありません。

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	記号・番号	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	年 月 日
	被保険者氏名	フリガナ -----							
	住所	〒			電話番号				

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											
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名	同上			生年月日	同上			申請理由	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	被扶養者①	フリガナ 氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	申請理由	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	被扶養者②	フリガナ 氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	申請理由	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	被扶養者③	フリガナ 氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	申請理由	<input style="width: 100%;" type="text"/>

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 4 : 資格確認書を紛失したため (紛失時の状況:) 5 : 資格確認書をき損したため ※き損した資格確認書を添付してください 6 : 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 7 : 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 8 : マイナンバーカードを作っていないため 9 : マイナンバーカードを返納したため 10 : 保険証を紛失・き損したため (紛失時の状況:) ※き損の場合は、き損した保険証を添付してください ※申請はマイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことができない場合に限りです								
-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--

事業主欄	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 担当者
	事業所所在地								
	事業所名称								
	事業主氏名								
電話番号									

健保記入欄	交付日	令和	年	月	日	申請理由4,5,10のとき	回収日	令和	年	月	日	受付日付印							
	発効日	令和	年	月	日														
	有効期限	令和	年	月	日														
	発行通番																		
	交付区分	新規 ・ 再発行																	
				常務理事				事務長				GR長				担当者			