

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

申請日 令和 6 年 12 月 2 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	20 - 555555	個人番号 (マイナンバー)	
	会社名	〇〇〇〇(株)	所属名称	〇〇部 〇〇課
	フリガナ	ケンコウ タロウ	生年月日	昭和 平成 57 年 10 月 15 日 令和
	氏名	健康 太郎		
	勤務先 電話番号	(000) 123-4567	自宅電話番号	(000) 9876 - 5432
	住所	(郵便番号 000-1234) 広島 都道府県 広島 市区町村 〇〇区〇〇町〇番〇〇号 〇〇マンション101		

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	生年月日	申請理由	
		氏名	同上	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より必ず選択してください。	
	被 扶 養 者 ①	フリガナ	ケンコウ ハナコ	生年月日	申請理由
		氏名	健康 華子	昭和 平成 7 年 11 月 8 日 令和	<input checked="" type="checkbox"/> C 下記理由欄より必ず選択してください。
被 扶 養 者 ②	フリガナ		生年月日	申請理由	
	氏名		昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より必ず選択してください。	
被 扶 養 者 ③	フリガナ		生年月日	申請理由	
	氏名		昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 下記理由欄より必ず選択してください。	

理 由 欄	A. マイナンバーカードを紛失したため、更新手続き中のため B. マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要があるため C. マイナンバーカードを取得していないため D. マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証利用登録を行っていないため E. マイナ保険証の利用登録解除の申請をしたため（健康保険証利用登録の解除申請書により申請する） F. 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 G. マイナンバーカードを返納したため X. 資格確認書を滅失・き損したため
-------------	---

被 保 険 者 確 認 欄	<input checked="" type="checkbox"/> この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------------------	---

(提出先) 事業者 → 健康保険組合

決定	被保険者が必ず記入してください。 記入漏れの場合は、返却させていただきます。	交付	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提出します。		受付印
健保組合		事業主	各長	担当	