

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	係

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。

資格確認書は、マイナンバーカードを持っていない方、マイナ保険証登録ができていない方、マイナンバーカードの電子証明が切れている方等に交付するものです。申請理由により交付しない場合もございますのでご了承ください。

なお、健康保険証をお持ちの方には交付いたしません。現在健康保険証をお持ちの方でマイナンバーカードをお持ちでない方等には、健康保険証が廃止となる令和7年12月1日までに当組合が職権で一斉に資格確認書を交付いたします。

被保険者情報	健康保険の記号・番号	記号	番号	生年月日						
				5 7 9	昭 平 令	和 和 和	年	月	日	
	氏名	フリガナ								
	郵便番号			電話番号						
住所	都 道 府 県									

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/>	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	続柄	生年月日		申請理由					
					5 7 9	昭 平 令	和 和 和	年	月	日		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	続柄	生年月日		申請理由					
					5 7 9	昭 平 令	和 和 和	年	月	日		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	続柄	生年月日		申請理由						
				5 7 9	昭 平 令	和 和 和	年	月	日		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	続柄	生年月日		申請理由						
				5 7 9	昭 平 令	和 和 和	年	月	日		下記、理由欄より必ず選択ください	

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取得していないため 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 9 : その他()※左の()内に必ず理由を記載してください。
-----	--

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。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	
-------------------	--