常務理事	部（次）長	課長	課長代理	係長	担当者

健康保険　資格確認書（再）交付申請書 ＜任継用＞

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。発行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発行いたしません、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される令和7年12月1日までに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 昭和 7 平成 9 令和　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	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 5 昭和 7 平成 9 令和　年　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①	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 5 昭和 7 平成 9 令和　年　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②	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 5 昭和 7 平成 9 令和　年　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	続柄	生年月日 5 昭和 7 平成 9 令和　年　月　日	申請理由 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（理由）

被保険者欄

上記のとおり交付申請いたします。

〒　　－

被保険者住所

被保険者氏名

電話番号

受付日付印

R7.1