

【注意】

理由欄に該当しない場合、『資格確認書』は
原則交付いたしません。

常務理事	事務長	担当

健康保険 資格確認書交付申請書

被 保 険 者 情 報	記号		番号		生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	従業員番号（付与されている方のみ）								
	氏名	(フリガナ)							
		(氏)			(名)				
住所	〒 電話番号								

対 象 者 欄	被 保 険 者	(フリガナ)	生年月日				申請理由
		(氏名)					☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	(フリガナ)	生年月日				
		(氏名)	昭和 平成・令和	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)	生年月日				
		(氏名)	昭和 平成・令和	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)	生年月日				
		(氏名)	昭和 平成・令和	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の滅失再交付申請中なため 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. マイナ保険証の利用登録をしたか覚えていないため 9. その他（ ）
-------------	--

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。	事業主受付	健保受付印
	所在地	令和 年 月 日	
	名称	担当者	
	事業主氏名		

【注意】

理由欄に該当しない場合、『資格確認書』は
原則交付いたしません。

常務理事	事務長	担当

記入見本

健康保険 資格確認書交付申請書

被 保 険 者 情 報	記号	131	番号	〇〇〇〇〇	生年	昭和	年	月	日	
	従業員番号（付与されている方のみ）				〇〇〇〇〇	平成	＊＊	＊＊	＊＊	
	氏名	(フリガナ) ケンポ				タロウ				
		(氏) 健保				(名) 太郎				
住所	〒 〇〇〇－〇〇〇〇				電話番号 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇					
東京都〇〇区〇〇町〇－〇－〇										

「本人分は”同上”でも可」

対 象 者 欄	被 保 険 者	(フリガナ) (氏名)	生年月日	申請理由
	同上		同上	1 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 昭和 平成・令和	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)	生年月日 昭和 平成・令和	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)	生年月日 昭和 平成・令和	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の滅失再交付申請中なため 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. マイナ保険証の利用登録をしたか覚えていないため 9. その他（ ）
-------------	---

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。	事業主受付	健保受付印
	所在地	令和 年 月 日	
	名称 事業主氏名	担当者	