

記入例

決 裁	
常務理事	担 当 者

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

被保険者情報	被保険者等の記号・番号	記号 1 0 0 1	番号 1 2 3 4	生年月日 1 昭和 2 平成 4 0 年 0 1 月 0 1 日
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		
	住所	〒 105-0000 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 〇〇マンション〇〇号室		
	個人番号 (マイナンバー)	記入不要です		被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です。

対象者欄	対象者	3	1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)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 同上	生年月日 同上	申請理由 5 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 ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日 1 昭和 2 平成 4 0 年 0 4 月 0 1 日 3 令和	申請理由 5 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 1 昭和 2 平成 3 令和	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	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	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	「資格確認書」は、「マイナ保険証」を利用できない方のみ、申請することができます。 「マイナ保険証」で医療機関等を受診いただくことが基本となりますので、「マイナ保険証」をお持ちの方には「資格確認書」の交付をお断りさせていただくこととなりますので、ご注意くださいようお願いいたします。
	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 : 資格確認書を滅失・き損したため	

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。	受付日付印
	事業所所在地	東京都中央区八丁堀〇-〇-〇
	事業所名称	ニチアス株式会社
	事業主氏名	事業主代理人 〇〇 〇〇
	電話番号	03-0000-0000