

申請は必ず事業所(会社)経由で行なってください。
 被保険者から健保に直接申請することはできません。
マイナ保険証※として紐付けしている場合は、資格確認書は交付できません。
 ※『マイナ保険証』とは、マイナンバーカードの保険証利用のことです。

健保捺印欄	常務理事	事務長		担当者

『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

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/> - <input type="text"/> 番号(左つめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ <input type="text"/>		
	郵便番号	<input type="text"/> - <input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>
	住所	<input type="text"/>		

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 申請理由 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 申請理由 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 申請理由 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 申請理由 <input type="text"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	(再)交付理由	有効期限	手数料
	1. 資格確認書を紛失・き損したため	交付日より3ヶ月	¥1,000/枚
	2. マイナンバーカードを紛失したため	資格喪失(削除)日 または 令和7年12月1日 まで	不要 ただし、『2』～『8』の理由による交付後に、紛失・き損が理由で再交付申請の場合は、『1』と同じく、手数料(¥1,000/枚)がかかります
	3. マイナンバーカードの更新手続き中のため		
	4. 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		
	5. 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		
	6. マイナンバーカードを作っていないため		
	7. マイナンバーカードを返納したため		
	8. 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		

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。	担当(確認)者氏名 <input type="text"/>	健保受付印 <input type="text"/>
	事業所所在地 <input type="text"/>		
	事業所名称 <input type="text"/>		
	事業主氏名 <input type="text"/>		

社会保険労務士の提出代行者名記入欄 (上記に事業所名称を記入してください)	担当(確認)者氏名 <input type="text"/>
--	--------------------------------